

«Room to Roam»

-om terapeutrollen etter MBT

*En kvalitativ studie om opplevelse av
terapeutrollen etter praktisering av
mentaliseringsbasert terapi*

Gry Arvnes



Hovedoppgave ved Psykologisk Institutt

UNIVERSITETET I OSLO

April 2014

«Room to Roam»

-om terapeutrollen etter MBT

*En kvalitativ studie om opplevelse av
terapeutrollen etter praktisering av
mentaliseringsbasert terapi*

Gry Arvnes

Hovedoppgave ved Psykologisk Institutt

UNIVERSITETET I OSLO

April 2014

© Forfatter Gry Arvnes

År 2014

Tittel: «Room to Roam» -om terapeutrollen etter MBT. En kvalitativ studie om opplevelse av terapeutrollen etter praktisering av mentaliseringsbasert terapi

Forfatter Gry Arvnes

<http://www.duo.uio.no/>

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

Sammendrag

Forfatter: Gry Arvnes

Oppgavetittel: «Room to Roam» -om terapeutrollen etter MBT. En kvalitativ studie om opplevelse av terapeutrollen etter praktisering av mentaliseringsbasert terapi

Veileder: Hanne Weie Oddli

Forskningsspørsmål: Hvordan opplever erfarne terapeuter at en ny terapitilnærming som MBT påvirker dem i terapiarbeidet?

Bakgrunn og formål: Mentaliseringsbasert terapi (MBT) legger vekt på å forbedre evnen til mentalisering, og har i senere år stadig vunnet nye tilhengere. Mentalisering er evnen til å oppfatte og tolke egen og andres atferd som utslag av intensjonelle mentale tilstander, som tanker, følelser, fantasier, ønsker eller mål (Bateman & Fonagy, 2012). Psykoterapiteamet ved Regional avdeling for spiseforstyrrelser, (RASP, Klinikk psykisk helse og avhengighet ved Oslo Universitetssykehus HF-Ullevål), undersøker erfaringer ved bruk av MBT i behandling av alvorlige spiseforstyrrelser med ulike forskningsdesign. Denne studien springer ut fra dette, men er utformet og gjennomført som et selvstendig forskningsprosjekt. Formålet har vært å få økt kunnskap om hvordan erfarne psykoterapeuter opplever sin egen terapeutrolle etter opplæring og bruk av metoden. Kunnskap om hva terapeuter vektlegger i sin praksis og hvorfor, kan informere oss om hva terapeuter opplever som betydningsfullt i terapi. Dette kan bidra til økt forståelse og teoriutvikling innenfor MBT og for terapitradisjoner med annen teoretisk forankring. Det kan også bidra til økt og nyansert forståelse av terapeututvikling generelt.

Metode: Seks terapeuter, bestående av to psykiatere og fire psykologspesialister, med i snitt noe over tre års erfaring med MBT i behandling av spiseforstyrrelser, ble intervjuet om endringserfaringer fra praksis og om opplevd endring hos seg selv. Datamaterialet ble analysert ved hjelp av fortolkende fenomenologisk analyse.

Resultater: Resultatene kan oppsummeres langs to hovedspor: 1) *hvordan* det oppleves å være MBT-terapeut, og 2) *hva* de opplever de gjør annerledes nå. Samlet ga dette opplevelser av frihet, personlig aksept og et mer optimistisk syn på å gi terapi til pasienter som stiller terapeuten overfor særlige utfordringer. Det innebar rom for større grad av nysgjerrighet og

mer enn tidligere kunne ta i bruk en større del av personlig repertoar uten at det oppleves å gå på kant med den terapeutiske rammen. En aktiv terapeutrolle og selvavsløring virket befriende på terapeutene. En opplevelse av å være mer autentisk i terapeutrollen kan tjene som et overordnet kjernebudskap.

Konklusjon: Å benytte seg av MBT kan bidra til en opplevelse av mer frihet gjennom en aktiv holdning og større aksept for å bruke seg selv. Terapeutene hadde fått et større rom å bevege seg i, et «Room to Roam¹», som potensielt kan berike det psykodynamiske terapifeltet med kreativitet. Terapeutenes beskrivelser er forenlige med eksisterende forskning om erfarne terapeuters utvikling og fra forskningen på fellesfaktorer. Funnene peker i retning av at mentaliseringsbasert tilnærming kan sees som en brobygger mellom ulike hovedretninger i terapi. MBT kan derfor danne grunnlag for gjensidig forståelse og et felles språk mellom terapeuter med ulik teoretisk forankring.

Nøkkelord: Mentalisering; mentaliseringsbasert terapi; MBT; kvalitativ; fortolkende fenomenologisk metode; IPA; semistrukturert intervju; terapeututvikling; selvavsløring.

¹ I betydningen vandringsrom, bevegelsesrom. Tittel på album og spor av folkrockbandet «The Waterboys» fra 1990. Teksten er hentet fra bøkene *Lilith* og *Phantastes* av den skotske forfatteren George MacDonald (1824-1905).

Forord

Først og fremst vil jeg takke mine velvillige informanter som ga av sin tid og delte personlige opplevelser og erfaringer med meg. Jeg ble svært godt mottatt av dere alle.

En varm takk til min veileder Hanne Weie Oddli, for entusiastiske refleksjoner og gode faglige innspill. Jeg vil også takke Finn Skårderud og Bente Sommerfeldt for å ha penslet meg inn på feltet, og for uvurderlige innspill i initialfasen.

Sist, men ikke minst vil jeg takke min nærende familie, spesielt Erik, Irlin og Rakel, for at dere daglig viser meg det viktigste i livet. En takk også til mine venner for adspredelse og støtte.

Gry Arvnes

Universitetet i Oslo, april 2014

Innholdsfortegnelse

1	Introduksjon	1
1.1	Teoretisk bakgrunn for studien.....	2
1.1.1	Mentalisering.....	2
1.1.2	Mentaliseringsbasert terapitilnærming	3
1.1.3	Fellesfaktorer, allianse og terapeuteffekt	5
1.1.4	Teoretiske tilnærminger til terapeuters erfaring og utvikling	6
1.2	Studiens formål.....	9
2	Metode.....	11
2.1	Fenomenologisk epistemologi.....	11
2.2	Forskerens innvirkning på prosessen.....	13
2.3	Fortolkende fenomenologisk analyse	14
2.4	Utvalget	15
2.5	Gjennomføring av datainnsamlingen.....	16
2.6	Etiske betraktninger	17
2.7	Analyseprosessen.....	18
3	Resultater.....	21
3.1	En integrerende indre reise	22
3.1.1	En bevisstgjøringsprosess	22
3.1.2	En frigjørende forståelsesramme.....	23
3.1.3	En ny opplevelse av genuin undring	24
3.1.4	Om å se en vei mot bedring.....	25
3.2	Perspektiver på den nye terapeutrollen.....	27
3.2.1	Rom for terapeuten som person	27
3.2.2	Mot en mer aktiv terapeutrolle	28
3.2.3	Tilegnelse av ny terminologi.....	30
4	Diskusjon.....	33
4.1.1	Refleksivitet og kritiske vurderinger.....	42
4.1.2	Implikasjoner.....	43
4.1.3	Konklusjon	44
	Litteraturliste	45
	Vedlegg	52

Characteristics such as authenticity, genuineness, and warmth are personal qualities that cannot simply be learned from courses and workshops and certainly cannot be role-played. Indeed, the nature of those characteristics is such that if one tries self-consciously and in an excessively practiced way to role-play authenticity and genuineness, one is no longer being authentic and genuine. These are organic qualities of a person that cannot be changed as one does a suit of clothes. The best one can hope for is that as part of one's personal growth, one becomes a more authentic and genuine person and therapist.

-Morris N. Eagle, Ph. D., ABPP (2001)

1 Introduksjon

Jeg tror det (MBT) har hjulpet meg til å bli en tydeligere terapeut. Som jeg sa det her med det andre blikket, som jeg i en del sammenhenger har kjent som veldig vesentlig, at jeg kan tre mere frem og være tydelig.

Slik svarte en av informantene på spørsmålet om hvordan mentaliseringsbasert terapitilnærming (MBT) kan ha påvirket opplevelsen av en selv som terapeut. Utsagnet gir et representativt bilde av refleksjonene flere av terapeutene gjorde seg om terapeutrollen etter å ha lært og praktisert MBT.

Historisk har det vært vanlig med et hovedfokus på metode og teknikk innenfor de ulike terapiretningene fremfor å legge vekt på egenskaper ved terapeuten og relasjonen mellom terapeut og klient (Gelso & Hayes, 2007; Nissen-Lie, 2012). Dette fokuset har vært kritisert for ikke å ta tilstrekkelig hensyn til de interpersonlige aspektene i terapirelasjonen (Norcross & Lambert, 2011). Som et motsvar mot denne kritikken igangsatte den amerikanske psykologforeningen (APA) et arbeid med å kartlegge empirisk støttede terapirelasjoner. Hensikten var å gjøre klinikerne i stand til å kunne skreddersy behandling til den individuelle klient basert på klientens karakteristikk også utover diagnostiske kategorier. Som følge av dette arbeidet, konkluderte APA blant annet med en anbefaling om at forskning også rettes inn mot ulike sider ved terapirelasjonen (Norcross, 2011). Selv om det er veletablert at psykoterapi virker godt for de aller fleste som oppsøker hjelp, er det fortsatt uklart nøyaktig hvordan og hva det er med psykoterapi som virker (Hartmann, 2013a; Norcross & Lambert, 2011; Wampold, 2001). For å komme nærmere et svar på dette spørsmålet, kan man studere terapi fra ulike innfallsvinkler. En vei å gå er å undersøke aspekter av terapeutenes opplevelser, i tråd med anbefalingene fra APA. I denne studien er det informantenes fortellinger som står i forgrunnen, med utgangspunkt i opplevelser de har og erfaringer de har gjort seg med mentaliseringsbasert terapitilnærming. Hva forteller de om sine opplevelser når de er involvert i kliniske løp?

1.1 Teoretisk bakgrunn for studien

I det følgende konseptualiseres relevante begreper for å gi studien en rasjonale og sette den i en kontekst. Avslutningsvis i introduksjonsdelen beskrives studiens formål.

1.1.1 Mentalisering

Begrepet mentalisering oppstod i psykoanalytisk litteratur på slutten av 1960-tallet, og er senere videreutviklet av Fonagy, Bateman og Allen med flere (Allen & Fonagy, 2006). Det defineres som evnen til å oppfatte og tolke egen og andres atferd som forbundet med intensjonelle mentale tilstander av tanker, følelser, fantasier, ønsker eller mål (Bateman & Fonagy, 2012). Begrepet rommer både en selvrefleksiv og en interpersonlig komponent som hjelper oss i å forstå og avgrense oss selv og andre. Konsepter som empati, theory of mind og innsikt er delvis overlappende med mentalisering, men *å mentalisere* handler om en mer grunnleggende funksjon. Det nye består i å kultivere denne evnen gjennom terapi (Holmes, 2006).

Evnen til mentalisering henger nært sammen med grad av opplevd emosjonelt stress som sinne, frykt og angst. Ved høyt stress kan mentaliseringssvikt oppstå (Bateman & Fonagy, 2012; Mayes, 2006). To grunnleggende måter å oppleve mentaliseringssvikt på er forestillingsmodus og psykisk ekvivalens. Forestillingsmodus er ifølge Bateman og Fonagy (2012) en måte å tenke på hvor mentale tilstander er avkoplet fra virkeligheten. I så måte står det svært nært det kliniske begrepet dissosiasjon, hvor hendelser oppleves som fantasi eller drøm. I psykoterapi sees forestillingsmodus som pseudomentalisering, eller intellektualisering (Skårderud & Fonagy, 2012). Psykisk ekvivalens er derimot når realiteten oppleves tilsvarende den mentale tilstanden. Virkeligheten oppleves ikke som representert i det mentale, men som reelt virkelig. Eksempler er gjenopplevelser etter traumer eller det at paranoide forvrengninger kan oppleves virkelige. I spiseforstyrrelsessammenheng blir kroppen en konkretisering av indre virkelighet. En lavere kroppsvekt *føles* overlegent, og *er* det derfor også, sett med den sykes øyne (Skårderud & Fonagy, 2012). Evnen til god mentalisering ligger som en fluktuerende størrelse et sted mellom disse, hvor virkeligheten og ens mentale tilstander av hva som er virkelig og ikke, er balansert.

Bateman og Fonagy (2012) hevder at mentalisering dels er basert på menneskelige medfødte evner, men også avhengig av at utviklingen støtter og stimulerer evnen. Derfor er kvaliteten

på tilknytningen til viktige omsorgspersoner fra vi er små, og av det å ha blitt tilstrekkelig affektivt speilet, viktig også i denne sammenheng. Dette danner grunnlaget for evne til ulike aspekter av regulering og selvkontroll, og derfor evnen til god mentalisering (Fonagy, 2004; Fonagy & Target, 1997). Gjennom mentalisering forstår man seg selv og andre, og det er derfor vesentlig i utvikling av selvet og en koherent selvoppfatning. Sviktende evne til mentalisering kan få betydning for utvikling av psykopatologi som spesifikt involverer selvet, fordi det danner grunnlag for misforståelser og feilslutninger om en selv og andre (Allen, 2003; Bateman & Fonagy, 2012). Vanligvis mentaliserer vi implisitt som mer eller mindre automatiske reaksjoner på en annens signaler. Vi speiler den andre ved for eksempel å legge toneleiet overensstemmende med den vi samtaler med, tilpasser ansiktsmimikk og positur. Først når kommunikasjonen oppleves å være vanskelig, spør vi oss hvorfor. Da blir mentaliseringen en eksplisitt øvelse hvor vi forsøker å finne ut hva som egentlig skjer i relasjon med den andre. Det er dette som er fokus i terapi med mentaliseringstilnærming.

1.1.2 Mentaliseringsbasert terapitilnærming

MBT er både en teori om psykopatologi og et sett terapeutiske teknikker basert på evolusjonpsykologi, utviklingspsykologi, tilknytningsteori og nevrobiologi. Psykoterapeutisk behandling er generelt forankret i sosial kognisjon og innebærer å oppfatte og tolke andres atferd som intensjonell. Dermed blir mentalisering også et sentralt begrep i enhver terapi, uavhengig av teknikk hevder Allen, Fonagy og Bateman (2008), (se også Bateman & Fonagy, 2012). MBT er manualbasert og rettet mot å skape økt refleksjonsevne ved terapeutens nysgjerrige og utforskende holdning. Fokuset for intervensjonene er å identifisere egne og andres mentale tilstander slik at atferd blir mer forståelig, med utgangspunkt i en her og nå-opplevelse. Endringspotensialet ligger derfor i å bedre evnen til å årsaksforklare atferd gjennom at pasienten² får kalibrert egen selvpersepsjon gjennom forståelsen av hvordan andre opplever dem (Bateman & Fonagy, 2004a; Fonagy, Bateman & Bateman, 2011). Terapeuter som bruker MBT kan skåres på etterlevelse av modellen. Skåringen dekker blant annet grad av engasjement, nysgjerrighet og ikke-vitende holdning, samt terapeutens evne til regulering av affekter, stimulering av mentaliseringsevne og bruk av motoverføring. Motoverføringen gis en litt annen karakter enn i tradisjonell dynamisk terapi. Det handler her om aspekter av selvavsløring ved aktivt å stimulere til utforskning av forholdet til pasienten med

² I teksten brukes både benevnelsen pasient og klient. Det retningsgivende er konteksten, hvor pasient forstås som en som får behandling for mer alvorlig psykisk sykdom.

utgangspunkt i egne tanker og følelser. Det er selvavsløringens form og ikke innhold som er vesentlig. Det handler om det å dele sin opplevelse, være åpen og tydelig, med andre ord: mentalisere høyt om seg selv overfor pasientene.

MBT ble opprinnelig utviklet for å behandle pasienter med ustabil personlighetsforstyrrelse, og er nå ansett som evidensbasert behandlingsform for denne gruppen (Bateman & Fonagy, 1999, 2001, 2004b; Jørgensen et al., 2013). MBT er etter hvert implementert på en rekke ulike områder, og i Norge pågår arbeid med å utvikle et program i forhold til spiseforstyrrelser.

Indikasjonen kan være et overdrevent fokus på kropp som et biprodukt av en sårbar opplevelse av selvet, hvor selvopplevelsen gjøres ugyldig ved begrenset mentaliseringskapasitet (Skårderud & Fonagy, 2012). Personer med spiseforstyrrelser kan ha vanskeligheter i forhold til følelsesregulering og med å identifisere, differensiere og artikulere følelser. Høyt nivå av aleksityme trekk stiller terapeuten overfor en utfordrende oppgave, som kan øke sjansen for negative reaksjoner fra terapeuten og bidra til dårligere terapiutfall (Ogrodniczuk, Piper & Joyce, 2011; Skårderud & Fonagy, 2012). Internasjonale epidemiologiske studier antyder at hovedvekten av de som utvikler slik sykdom er i alderen 10-20 år, og forekomsten er 3-8 ganger vanligere blant kvinner enn menn (Preti et al., 2009). Underbehandling er vanlig, og pasientgruppen har ofte komorbide tilstander som angst (Kaye, Bulik, Thornton, Barbarich & Masters, 2004), depresjon (Braun, Sunday & Halimi, 1994) og personlighetsforstyrrelser (Ekeroth, 2005; Rosenvinge, Martinussen & Østensen, 2000). I behandling av utfordrende pasienter stilles det ekstra store krav til terapeutens evner til å danne en fruktbar allianse (Bourke & Grenyer, 2013; Skårderud & Fonagy, 2012).

Psykotterapi hvor mentaliseringsperspektivet gis en eksplisitt plass, er i vekst. Karterud (2008) relaterer suksessen til mentaliseringsbegrepets forutsetning for å knytte sammen positivismen og naturvitenskapen på den ene siden, og hermeneutikken på den andre. En av informantene i denne studien satte ord på et aspekt ved MBT som flere kom inn på: *«(...)det er noe med tenkningen og metoden som gjør at det er spiselig for veldig mange, og at det er forståelig og det har en litt sånn humanistisk tilnærming»*. En årsak til suksessen kan være at MBT har en inkluderende karakter som legger vekt på grunnleggende menneskelige egenskaper, og derfor kan bygge bro mellom ulike teoretiske terapimiljøer.

1.1.3 Fellesfaktorer, allianse og terapeuteffekt

MBT kan studeres fra ulike perspektiver. Ett perspektiv vil være å studere MBT som spesifikk metode, det vil si hva denne metoden teoretisk og teknisk kan tilby. Et annet perspektiv vil være å benytte MBT-tilnærmingen som et utgangspunkt for å forstå psykoterapi også utover rammene for denne spesifikke tilnærmingen. Her vil ikke hensikten nødvendigvis være å undersøke hva metoden kan tilby i forhold til andre metoder, men å belyse mer generelle prosesser i psykoterapi. Innenfor psykoterapifeltet omtales slike prosesser som fellesfaktorer (Norcross & Lambert, 2011; Prochaska & Norcross, 2013). I det følgende presenteres noen funn fra fellesfaktorforskningen som underbygger betydningen av å studere terapeuters opplevelse. Fellesfaktorene omfatter de dimensjonene i terapi som ikke er spesifikke for en gitt metode, men snarere felles på tvers av ulike retninger. Allen et al. (2008) hevder at mentalisering som en generell menneskelig funksjon, er å regne som en fellesfaktor og dermed grunnleggende for all terapi. Ut fra hva som har betydning for utfallet av terapi, kan om lag 15 % tillegges den spesifikke teknikken, forventningseffekt ca. 15 %, og ca. 30 % utgjøres av ekstraterapeutiske faktorer i klientens øvrige liv (Lambert, 1992). Resten, om lag 30 % av variansen i utfall, utgjøres av fellesfaktorene (Horvath, Del Re, Flückiger & Symonds, 2011; Lambert, 2004; Lambert, Baldwin & Imel, 2013).

Under fellesfaktorene finner vi allianse, et begrep som betegner interaksjonen mellom pasient og terapeut. Bordins (1979, 1983) etablerte begrep om arbeidsallianse favner de interpersonlige aspektene av terapiprosessen, og består av det emosjonelle båndet mellom pasient og terapeut, samt enighet om terapiens oppgaver og mål. Bordins definisjon har særlig ligget til grunn for en voksende interesse for psykoterapiintegring (Lambert et al., 2013). I en metaanalyse av forholdet mellom allianse og utfall ble det konkludert med moderat, men robust relasjon, tilsvarende 7,8 % av variansen i utfall (Flückiger, Del Re, Wampold, Symonds & Horvath, 2012; Horvath et al., 2011). Horvath et al. (2011) fastslår at utviklingen av alliansen ikke kan sees separat fra intervensjonene terapeuten bruker. Dermed blir det ikke riktig å si at terapeuten *bygger* allianse, men at behandlingen gjøres på en slik måte at alliansen blir til samtidig, i et felles samarbeid mellom klient og terapeut. Allianse kan ses som et mål på hvor godt terapeut og klient arbeider sammen, og kan derfor forebygge at klienten trekker seg fra terapi (Horvath et al., 2011). Hvordan terapeuten lykkes i å ivareta denne dimensjonen er grunnleggende. Den samlede kunnskapen om alliansens betydning

styrker argumentet for at fellesfaktorer er en viktig mediator for endring, og at dette må tas hensyn til i utviklingen av nye metoder og i opplæringsøymed (Lambert et al., 2013).

Kontekstuelle forhold og alliansen medierer eller modererer det meste av effekt av ulike metoder (Horvath et al., 2011). Det som forklarer mest er forhold ved henholdsvis pasient og terapeut (Castonguay & Beutler, 2006; Norcross & Lambert, 2011). Terapeuteffekt, som er egenskaper ved den enkelte terapeut, forklarer om lag 5-8 % av variansen i terapiutfall (Kim, Wampold & Bolt, 2006; Lambert et al., 2013). Det kan synes lavt, men metaanalyser som sammenlikner aktiv psykoterapibehandling med ventelistekontroll, finner at psykoterapi totalt sett forklarer rundt 20 % av utfall. Derfor får det likevel stor betydning over tid (Lambert et al., 2013). Denne beregningen innbefatter spesifikke faktorer, fellesfaktorer, terapeutfaktorer og allianse. Det er forskjeller mellom gode og mindre gode terapeuter, men også stor variasjon i hvor godt den enkelte terapeut lykkes i sine kliniske løp (Luborsky et al., 1986). Det er ingen entydige svar på hvorfor det er slik, men det skyldes antagelig personlige egenskaper ved terapeuten (Lambert et al., 2013). Faktorer ved terapeuten er altså viktig for terapiutfall, men hva kjennetegner terapeuter som lykkes med å gi god terapi? Kort oppsummert er det forskningsmessige belegg for å hevde at noen personkarakteristikker er forbundet med terapeuter som gir god terapi. Det at terapeuten viser profesjonell oppførsel, er vennlig og empatisk, fleksibel og respektfull, er ærlig og våkent tilstedeværende, varm og genuin med en tillitvekkende væremåte, er alle nøkkelfaktorer (Ackerman & Hilsenroth, 2003). Motsatt er fiendtlighet hos terapeuten forbundet med dårligere utfall (Henry, Schacht & Strupp, 1990; von der Lippe, Monsen, Rønnestad & Eilertsen, 2008), og evne til å motstå aggressiv atferd overfor klienten er forbundet med bedre terapiutfall (Safran & Muran, 2000). Det at terapeuten selv har en trygg tilknytningsstil er vist å ha betydning, spesielt overfor svært dårlige pasienter (Schauenburg et al., 2010). Relasjonelle egenskaper er derfor av stor betydning. En nærmere forståelse av hvordan terapeuter opplever og forstår seg selv i terapi er en nyttig kilde til informasjon, gitt at terapeuten bærer mye av ansvaret for utfallet av psykoterapeutisk behandling.

1.1.4 Teoretiske tilnærminger til terapeuters erfaring og utvikling

Ettersom studien søker å kartlegge noen aspekter ved opplevelsen til erfarne terapeuter, er det på sin plass å klargjøre noen forhold av betydning relatert til terapeutene. Hva innebærer det å ha erfaring, og hvordan kan vi forstå terapeuters utvikling? I tråd med Rønnestad og Skovholt

(2013), er det ingen omforent og presis definisjon av hva det innebærer å være erfaren i terapeutisk sammenheng, men en innfallsvinkel er å ta utgangspunkt i en kulturell norm. Det kan innebære erfaring fra ulike områder, med ulike pasientgrupper og ulike terapeutiske arbeidsmåter over et antall år. Når det gjelder erfaringens betydning i forhold til utfall av terapier, er det oppsummert noe blandede resultater, og vanskelig å påvise effekt (Lambert et al., 2013). Dette skyldes i følge Lambert et al. (2013) antagelig manglende konsensus om definisjonen av erfaring eller hvordan det skal måles, slik at studiene som finnes gir lite sammenlignbare konklusjoner. Når det gjelder betydningen av terapeutens erfaring under selve terapiprosessen, er det også her en rekke metodologiske svakheter ved eksisterende forskning, foruten at det meste er av eldre årgang. Dette gjør det vanskelig å trekke konklusjoner. På tvers av de studiene som finnes, kan man slå fast at visse måter å arbeide på kjennetegner erfarne terapeuter. De er funnet å bruke mer utforskning, er mer fleksible og kongruente og mindre dominante enn sine mindre erfarne kolleger (Lambert et al., 2013).

Utvikling og erfaring er tett knyttet sammen. En rekke ulike teorier adresserer utvikling generelt og terapeututvikling spesielt, og kan tilby konseptuelle rammeverk for hvordan man kan forstå utvikling. Schneirla (1957) påpekte at utvikling innebærer suksessive endringer gjennom kontinuerlig adaptiv fungering fasilitert gjennom modning og erfaring. Lerner (2002) definerer utvikling som en organisert, systematisk og suksessiv endring over tid. Når det gjelder karriereutvikling generelt, har særlig den strukturelle personlighetstrekkteorien til Holland (1959) stimulert til en betydelig mengde forskning (Holland, 1996; Spokane, Meir & Catalano, 2000). Teorien postulerer at yrkesmessige valg gjøres i samsvar med stabile personlighetskarakteristikker, og at dette er avgjørende for hva vi vil trives med. Andre teoretikere har sett yrkesmessig utvikling og tilfredshet ut fra utviklingsteori, som en løpende prosess gjennom livet hvor nye erfaringer bidrar til å peke ut retning i tråd med personens selvforståelse (Ginzberg, 1984; Super, 1994). Yrkesutvikling kan også forstås ut fra den generelle sosialkognitive læringsteorien til Bandura (1986), hvor personvariabler, miljø og læringserfaringer sammen avgjør orientering i yrkeslivet (Lent & Brown, 2002). Narrative tilnærminger med røtter i konstruktivistisk teori legger på sin side vekt på opplevelse av mening og identitetsdannelse i slike valg (Savickas, 2005).

Terapeututvikling er også beskrevet i ulike stadiemodeller. Hogan (1964) beskriver en modell med fire stadier av terapeututvikling. Første stadium preges av at terapeuten er usikker og i stor grad påvirket av retningen fra grunnutdanningen. I neste stadium tilpasser terapeuten

metoden til sin egen personlighet og preges av konflikt mellom avhengighet og autonomi, og som en følge kan motivasjonen svinge. Dette stadiet kjennetegnes av fluktuering mellom overdreven tiltro til egne nye evner og mellom å være overveldet og ambivalent i forhold til ansvaret i terapien. I det tredje stadiet dempes konflikten og avløses av økt profesjonell selvsikkerhet og personlig innsikt. I fjerde og siste stadium er terapeuten moden, og balanserer intuitivt viten og ikke-viden. Teori og metode er fullt integrert. Trygghet, innsikt i egen motivasjon, personlig autonomi og at terapeuten vedkjenner seg personlige og profesjonelle problemer som oppstår, er kjennetegn for det siste stadiet (Rønnestad & Skovholt, 2013). Empirisk har stadiemodeller generelt fått mindre støtte, og er kritisert for å ta for lite hensyn til kontekstuelle forhold (Chang, 2011).

En livsløpsmodell opprinnelig basert på en stor kvalitativ studie om terapeututvikling, (Rønnestad & Skovholt, 2003; Rønnestad & Skovholt, 2013; Skovholt & Rønnestad, 1995), omfatter fem ulike terapeututviklingsfaser³. Fasene beskriver hvordan terapeuter endres over tid, hva de lar seg påvirke av, betydningen av teorier og modeller, typiske affekter for de ulike stadiene og hvordan de relaterer seg til klientene. Det som kjennetegner erfarne terapeuter i henhold til denne inndelingen, er erfaring fra ulike arbeidsområder, med ulike terapeutiske modaliteter og ulike typer klienter gjennom en ikke spesifisert årrekke (Rønnestad & Skovholt, 2013). Den erfarne terapeuten kjennetegnes av fleksibilitet i tilnærming og teknikk, mer opplevd egenagens, bedre evne til å regulere involvering i pasienten og en oppfatning av klienten som sterkere. Et annet kjennetegn er at de fleste er flinkere til å regulere grenser i betydningen ansvar i behandlingen, en egenskap som er viktig for å forebygge utbrenthet. Forfatterne beskriver tre utviklingsmessige oppgaver knyttet til de ulike fasene. For erfarne terapeuter gjelder følgende: 1) Terapeuten må opprettholde en opplevelse av vekst og motstandsdyktighet for å unngå utbrenthet og stagnasjon. 2) Det personlige selvet må integreres i et koherent profesjonelt selv. Først da kan terapeuten være genuin i relasjon til klienten. Forfatterne støtter seg delvis til en definisjon av selvforståelse som differensierer mellom en akademisk og en personlig selvforståelse, i tråd med Shavelson, Hubner og Stanton (1976). Avgjørende er hvorvidt personlige karakteristikk assimileres i det profesjonelle selvet. De har ikke funnet belegg for en syntese mellom det profesjonelle og det personlige selvet i et nytt overordnende selv, men heller at deler av det personlige smelter sammen med det profesjonelle selv. Denne prosessen innebærer å vurdere ens verdier,

³ De fem fasene spenner fra nybegynneren, den viderekomne student, den profesjonelle novise, den erfarne profesjonelle og den profesjonelle senioren (Rønnestad & Skovholt, 2013).

interesser, teoretiske orienteringer, kompetanse og begrensninger, og en vurdering av hvorvidt man er i en posisjon i overensstemmelse med sitt profesjonelle selv. Den siste utviklingsoppgaven knyttet til denne fasen handler om at 3) den profesjonelle rollen som utøves må være kongruent med terapeutens koherente profesjonelle selv.

Terapeuter i den erfarne fasen vil som regel ha mange erfaringer med vellykkede terapeutiske forløp. Dette kan forsterke opplevelsen av å kunne påvirke til bedring, som igjen kan føre til opplevelse av å være fri, åpen for kreativitet og mindre hemmet (Rønnestad & Skovholt, 2013). Dersom terapeuten mester disse tre utviklingsfasene vil de generelt rapportere at de føler seg mer autentiske og kongruente, mer naturlige og slapper mer av, er seg selv, og føler seg mindre truet og defensive. En særlig sterk kilde til læring er refleksjon over interaksjonen med klienter som på ulike måter overrasker eller er spesielt utfordrende (Moltu, Binder & Høstmark Nielsen, 2010; Skovholt & Rønnestad, 1995). Skovholt og Rønnestad (1995) konkluderte videre med at en annen sterk kilde til læring er det personlig levde liv, hvor påvirkningen hovedsakelig er vist å gå fra det private til det profesjonelle, og ikke i like stor grad den andre veien. Denne teoretiske gjennomgangen kan danne et bakteppe for hvordan man kan forstå erfarne terapeuters opplevelser når de har tilegnet seg ny teoretisk kunnskap.

1.2 Studiens formål

Som en mulig forståelsesramme for studien, kan man ta utgangspunkt i inndelingen i abstraksjonsnivåene⁴ til Goldfried (1980). MBT som manualbasert tilnærming, er forankret i den medisinske modellen, og er både et sett terapeutiske teknikker og en teori, tilsvarende Goldfrieds nivå én og tre. I denne studien anlegges et fokus ut fra Goldfrieds midterste nivå, om terapeutenes kliniske strategier, og derfor mer løsrevet fra MBT-modellen. I tråd med fellesfaktormodellens terapeutkarakteristika, legges en kontekstuell forståelse til grunn. Da handler det om hva terapi som aktivitet er, hvordan terapeutene opplever dette og hva det innebærer for dem i deres daglige kliniske arbeid. Denne studien søker å avdekke noen aspekter i dette landskapet.

Erfaringer med bruk av manualbasert terapi er interessant for å få fram idiografiske beskrivelser fra praksis. Terapeutene som har vært informanter i denne studien har

⁴ Abstraksjonsnivåene er: (1) terapeutiske teknikker, (2) kliniske strategier og endringsprinsipper (inkludert allianse og fellesfaktorer) og (3) kliniske teorier og behandlingsmodeller.

psykodynamisk grunnorientering og noenlunde lik bakgrunn i forhold til utdanning i MBT. Terapeuteffektene er viktige for utfallet av terapi, og innebærer at forskjeller terapeuter imellom forklarer mer av variansen i utfall enn forskjeller mellom enkeltmetoder (Wampold, 2001). Derfor er det vesentlig å få et bredt kunnskapsgrunnlag om dette (Castonguay & Beutler, 2006; Norcross & Lambert, 2011). En måte å frembringe slik kunnskap er å ta utgangspunkt i hva terapeutene vektlegger i sine erfaringer med å utvikle sin terapeutrolle når de har lært noe nytt. Det terapeutene ikke vektlegger i særlig grad kan også informere oss og lede til økt forståelse. Samlet kan slik kunnskap være nyttig i teoriutvikling generelt og for opplæring i MBT som spesifikk tradisjon. Det er et behov for kunnskap om hvordan terapeuter tar til seg nye metoder over tid (J. L. Binder, 1999; Lambert et al., 2013). Målsetningen her er økt forståelse av en liten del av MBT-feltet spesielt og å gi en tydeligere stemme til terapeutenes erfaringer generelt. Terapeutens opplevelser kan være svært forskjellig fra pasientens opplevelser. Nettopp derfor er det viktig å studere elementer i terapiprosesser også fra deres perspektiv, som et forsøk på å imøtekomme et behov for en praksisnær forskning i terapifeltet. Dette vil være i tråd med scientist-practitionerparadigmet vedtatt av den amerikanske psykologforeningen APA (Levant, 2005), og som Norsk Psykologforening også har sluttet seg til (Norsk Psykologforening, 2007).

Studien gir et kvalitativt bilde av seks erfarne terapeuters opplevelser av egen endring som terapeut, etter at de har lært seg MBT og benyttet seg av metoden. Målet er å utdype erfaringsopplevelser ut fra spørsmålet:

«Hvordan opplever erfarne terapeuter at en ny terapitilnærming som MBT påvirker dem i terapiarbeidet?»

Det er ikke hensikten å måle informantenes etterlevelse eller semantiske kunnskap om MBT. Derfor var ikke intervjuene rettet mot konkrete terapeutiske intervensjoner, annet enn de informantene selv aktualiserte. Studien har heller ikke et mål om å påvise kausalitet i denne sammenheng. MBT er valgt som et utgangspunkt som en terapitilnærming terapeutene har felles, og kan derfor danne et bakteppe for studien med håp om at funnene kan være egnet til å kaste lys også utover denne metoden alene.

2 Metode

I denne delen redegjøres det for den teoretiske bakgrunnen for valg av metode og gjennomføring av studien.

2.1 Fenomenologisk epistemologi

For å forstå et metodevalg kan det være fruktbart å se på grunnpremissene for valget.

Epistemologi, eller kunnskapsteori, handler om hvordan det er mulig å få tilgang til verden.

Det er en filosofisk teori om hvordan kunnskap oppstår, og om hvordan man skal forvise seg om at den kunnskapen man får, er sann (Egidius, 2000). Forskerens epistemologiske posisjon får derfor betydning for hvilken metodologi som velges, og gir et grunnlag for å evaluere en kvalitativ studie (Willig, 2008). Metodologi kan, slik Silverman (2011) beskriver det, forstås som en generell tilnærming til det å studere forskningstemaer, og vil være direkte informert av forskerens epistemologiske posisjon (Willig, 2008). I følge Madill, Jordan og Shirley (2000), kan ulike epistemologier klassifiseres og gi grunnlag for forskjellige metodologiske retninger. Å intervju erfarne terapeuter om deres opplevelser reflekterer et empiristisk syn på kunnskapsdannelse, og er en av flere mulige epistemologiske kilder til kunnskap som potensielt kan berike terapifeltet.

I denne studien legges en relativistisk, kontekstuell og konstruktivistisk tilnærming til grunn. Man tar da hensyn til at både informant og forsker er bevisste individer som beveger seg i en gitt kontekst og fortolker denne, innenfor rammene av en spesifikk og meningsbærende kultur (Madill et al., 2000). Dette innebærer konkret at forskeren forsøker å gi en utfyllende beskrivelse av et fenomen, i dette tilfellet en erfaring eller en opplevelse. Det er ikke et mål i seg selv å forklare fenomenet per se (Willig, 2008), slik det ville fremstå uten kontekst. Konteksten er nødvendigvis en del av selve fenomenet.

Fenomenologi⁵ er læren om verden som den fremtrer for den som opplever og oppfatter den (Egidius, 2000), og handler derfor om verden slik den forstås i en gitt kontekst på en gitt tid. Analyser tuftet på fenomenologi søker å utforske kvaliteten av en erfaring. Fenomenologiske

⁵ Fenomenologi er opprinnelig en filosofisk retning. Grunnleggeren anses å være Edmund Husserl (1859-1938) som var opptatt av at mennesker aktivt konstruerer sin verden gjennom sin bevissthet. Tankegodset ble senere videreutviklet av blant andre Martin Heidegger (1889-1976), som argumenterte for en mer fortolkende fenomenologi hvor mennesker skaper mening gjennom sin væren i verden, og at veien til erfaring går gjennom språket (Rapport, 2005).

metoder er derfor en naturlig, og i denne sammenheng hensiktsmessig måte å søke kunnskap på. Innenfor fenomenologisk psykologi undersøker man med et humanistisk tilsnitt, personers måter å oppfatte seg selv og sin livsverden på, og bruker dette som forklaring på reaksjons- og handlingsmåter (Egidius, 2000). Vår dominerende oppfatning om hva og på hvilken måte gyldig kunnskapstilegnelse kan frambringes, vil derfor innvirke på hvordan man søker informasjon. En versjon av fenomenologisk teori er hermeneutikken, tolkningsteori. I følge Egidius (2000), tar hermeneutisk tolkning hensyn til at et fenomen opptrer i kontekst av menneskelige, historiske og sosiale sammenhenger. Forståelse er derfor et resultat av en intersubjektiv prosess hvor begge bærer med seg en individuell og kulturell kontekst som stadig er i endring (Gadamer 2004/1960)⁶. Enhver erkjennelse av noe innebærer gjenkjennelse av noe i en selv, og følgelig et syn på at kunnskap fremtrer gjennom en konstruktiv prosess. Dette reflekteres i den hermeneutiske sirkel⁷ som omhandler den dynamiske relasjonen mellom den enkelte del av noe, og dets hele. For å forstå noe, må man se på helheten, og motsatt; for å forstå helheten, er det avgjørende å se på de enkelte deler (Smith, Flowers & Larkin, 2009). Den hermeneutiske sirkel beskriver en vekselvis, ikke-lineær måte å gå frem på i tolkningsarbeidet, som fanges opp i fortolkende fenomenologisk analyse. Fenomenologisk hermeneutikk innebærer derfor et metaperspektiv på kunnskapsproduksjon.

Sosialkonstruksjonisme fremholder at menneskelig erfaring og opplevelser er mediert av historisk, kulturell og lingvistisk kontekst (Willig, 2008). Dette får betydning for hvordan man kan forstå et fenomen, nemlig at det er ulike aspekter ved menneskelig erfaring som er individuelt informert, og at det eksisterer mange litt ulike sannheter som alle vil være like gyldige, som samlet kan belyse fenomenet under lupen. En informants språksetting er ett eksempel på hvordan samme budskap vil kunne bli oppfattet noe ulikt fra person til person, og er et resultat av den unike personens erfaringer. Kunnskapen som springer ut fra et slikt ståsted kan man si er resultatet av en konstruktiv prosess, og ikke en ren refleksjon av virkeligheten. I tråd med dette kunnskapssynet er bakgrunnen for dette forskningsarbeidet et ønske om å si noe om terapeutenes opplevelser, heller enn å identifisere årsak-effekt forhold.

⁶ Hans Georg Gadamer (1900-2002) videreutviklet det fortolkende fenomenologiske tankegodset mot en eksistensiell hermeneutikk. Han la vekt på at mennesker ikke kan løsrive seg fra den sosiokulturelle sammenhengen de opererer i, og at språket er det eneste som kan avdekke *væren* (Rapport, 2005).

⁷ Forståelse gjennom den hermeneutiske sirkel innebærer at man stadig oppnår fordypet innsikt ved vekslende mellom enkeltdele og deres sammenheng. Kunnskapsutviklingen får et element av dialektikk ved at opprinnelig lærdom utvides og fortøner seg annerledes ettersom ny lærdom oppstår (Egidius, 2000).

2.2 Forskerens innvirkning på prosessen

Meningsdannelsen fremtrer gjennom forskerens øyne ved en tolkningsprosess. Tolkning er en forutsetning for forståelse, og kan gjøres på ulike nivåer. Eatough og Smith (2008) skisserer to ulike tolkningsnivåer. Den første er deskriptiv og innebærer at forskeren forsøker å nærme seg informantens verden på dennes premisser. Den andre representerer et høyere tolkningsnivå, er mer kritisk, tentativ og spekulerende, med mål om å nå kunnskap bakenfor informantens egne ord. I dette spennet opererer fortolkende fenomenologisk analyse, og utfordringen blir å balansere mellom det rent repetitive fra informantene og en for løsrevet analyse i for stor grad influert av forskeren. I intervjusituasjonen stiller både informant og intervjuer med sine fortolkende strategier. Dette innebærer at det som skapes er helt nytt og *data* kan ikke anses som gitt som sådan, men som et resultat av en konstruktiv prosess. Det samme gjelder studiens problemstilling, som er et resultat av min opplevelse av tematikken, i samband med temaets plassering i historisk og samfunnsmessig kontekst (Anderssen, 2009). Aspekter ved forskeren får betydning for tolkningen, men er en nødvendig betingelse for å forstå en annens opplevelser.

Forskeren bør forsøke å være bevisst eget bidrag til meningskonstruksjonen fra start til slutt. Dette bidraget utgjøres av mitt erfaringsgrunnlag, min rolle som profesjonsstudent i psykologi, interesse for eksistensialistisk og emosjonsfokuset terapi spesielt, begrenset klinisk erfaring og et teoretisk ståsted innenfor den integrative tradisjonen. Jeg har en interesse for MBT generelt, som jeg antar springer ut fra at MBT ofte refereres til i ulike fagmedier, og jeg opplever denne tilnærmingen som humanistisk og allmennmenneskelig forankret. Jeg står med andre ord ikke helt utenfor feltet og kikker inn, men har noen mer eller mindre eksplisitte forestillinger med meg. Jeg har også en teoretisk forforståelse fra tidligere forskning på feltet. Min sosiale og kulturelle bakgrunn er derfor med på å forme prosessen. I denne studien har jeg intervjuet akkurat disse terapeutene som et utslag av interesse for feltet og at disse var tilgjengelige og velvillige. Jeg har vært interessert i hvordan terapeutene føler og tenker når de bruker intervensjoner fra MBT, og hvordan de forstår seg selv og sin egen terapeutrolle i denne sammenhengen. Jeg har ønsket å få en dypere forståelse av hvorvidt bruk av MBT påvirker terapeutene i retning av endret oppfatning av seg selv som terapeut, av pasienter eller andre erfarte endringer. Generelt har jeg vært nysgjerrig på å høre deres refleksjoner rundt eget terapeutarbeid med en metode som stadig vinner nye tilhengere.

2.3 Fortolkende fenomenologisk analyse

Det er benyttet fortolkende fenomenologisk analyse (Interpretative Phenomenological Analysis, heretter IPA), som kvalitativ tilnærming. Det er en metode for å få fram mening der kunnskapsbehovet omfatter erfaringers kvalitet og tekstur. Gjennom denne metoden kan overordnede meningsbærende temaer identifiseres, og samtidig får man fram nyanser og variasjon i materialet. På hvilke måter oppfatter individer verden? IPA har som utgangspunkt at det er umulig å få direkte tilgang til informantenes subjektive livsverden (Willig, 2008). Den idiosynkratiske erfaringen er i fokus, og subjektive attribusjoner vil påvirke hvordan hendelsene oppleves. Metoden bygger på fenomenologi, hermeneutikk og idiografi (Smith et al., 2009), og kan være egnet der forskningen er rettet mot å si noe om personlig mening i en kontekst hvor flere deler en spesifikk erfaring. Det idiografiske element ivaretas ved at en informants spesifikke opplevelse er av betydning. Idiografi åpner opp for det partikulære, en beskrivelse av det individuelle og personlige heller enn det allmenngyldige, og hovedfokus er derfor ikke å generalisere kunnskapen. IPA innebærer samtidig en anerkjennelse av at ingen menneskelig fortolkning kan være helt og holdent idiosynkratisk (Willig, 2008). Metoden ønsker å kunne peke på individuell variasjon og ikke nødvendigvis avdekke hvorfor det er forskjeller, eller hvorfor slik erfaring skjer. Målet med IPA er å si noe om informantenes forståelse og opplevelse av et fenomen gjennom systematisk applisering av idéer og følge metodiske veivisere i kombinasjon med forskerens forestillingsevner og kritiske tenkning. Det er derfor en induktiv form for generering av kunnskap, basert på en syklisk prosess (Smith et al., 2009).

IPA har økende popularitet i psykologisk forskning (Willig, 2008). Dette kan skyldes at metoden skisserer en systematisk fremgangsmåte, med detaljerte beskrivelser av analyseprosessen og rikelige tekstutdrag slik at deler av grunnlagsmaterialet blir transparent. På denne måten imøtekommer IPA den kritikk som ofte har tilfalt kvalitative analyser, med at det er lite gjennomsiktighet i analyseprosessen (Yardley, 2008). På veien mot abstrahering og utvikling av hovedtemaer, vil det likevel være nødvendig å gå utover de konkrete dataene, men gjennomsiktigheten i prosessen er et grunnlag for å foreta en vurdering av analysens kvalitet. Fenomenologien og hermeneutikken er derfor uløselig knyttet sammen i IPA.

2.4 Utvalget

Psykoterapiteamet ved Regional avdeling for spiseforstyrrelser (RASP⁸), undersøker erfaringer ved bruk av MBT i behandling av alvorlige spiseforstyrrelser med ulike forskningsdesign, og har invitert studenter til å bidra i dette arbeidet. Studien springer ut fra dette ved at informantene ble rekruttert målrettet og ved hjelp av lærerkrefter på MBT-feltet. Jeg fikk oversendt en liste med ti potensielle informanternes kontaktinformasjon fra Institutt for Mentalisering og RASP. I det videre ble studien utformet og gjennomført som et selvstendig arbeid. Avtale om intervju ble gjort med fire fra denne listen. Deler av utvalget kan derfor potensielt gjenkjennes for fagmiljøet som har bistått innledningsvis i rekrutteringen, men disse har ikke tilgang til intervjuene annet enn i bearbeidet form i den endelige oppgaven. Denne informasjonen ble gjort kjent for alle informantene, og så langt mulig er enhver mulighet for gjenkjenning utelatt fra det ferdige produktet. To ytterligere informanter ble rekruttert med bistand fra en av informantene på listen. Det endelige utvalget besto av to psykiatere og fire psykologspesialister, fordelt på fire kvinner og to menn, tilknyttet fire ulike arbeidssteder forskjellige steder i Norge.

Informantene ble kontaktet per epost. Informasjonsskriv om prosjektet og samtykkeskjema ble vedlagt, og også undertegnet av informantene før intervjuene startet. Det gikk tydelig frem i henvendelsen at det var frivillig å delta, og at ønske om ikke å delta ikke trengte å ledsages av en grunn. Alle hadde lang terapeutisk erfaring med en teoretisk utgangsposisjon forankret i psykodynamisk teori. Det er ikke benyttet standardiserte kriterier for å kategorisere informantene som erfarne. Kategoriseringen er basert på alder, at de har vært terapeuter i en årrekke og brukt MBT i snitt noe over tre år. Noen arbeidet alene, andre i en større kollegial kontekst, men de var alle aktive brukere av MBT i behandling av spiseforstyrrelser. Det var også noen ulikheter i forhold til hvor godt de opplevde å ha integrert MBT-tilnærmingen. Enkelte beskrev å streve noe, og opplevde fortsatt å være i en fase av tilegnelse av metoden. Det var generelt viktig at de var erfarne for å kunne gi utfyllende og kontekstualiserte refleksjoner om egne endringsprosesser, og gode forutsetninger for å sammenlikne før og nå.

Det er noen åpenbare ulemper med at enkelte av informantene med stor sannsynlighet er kjent for de som bistod med å rekruttere kontaktinformasjon. Informantene ble gjort kjent med hvem jeg hadde fått kontaktinformasjonen deres fra i den første eposten der de ble invitert til

⁸RASP er tilknyttet Klinikk psykisk helse og avhengighet ved Oslo Universitetssykehus HF-Ullevål.

studien. Dette kan i teorien innebære risiko for begrenset informasjonstilfang ved at informanter kan legge bånd på seg og ikke føle seg frie i intervjusituasjonen. Dette er en konsekvens av bekvemmelighetsutvalg (Kvale & Brinkmann, 2009), og ble søkt minimert ved tydelig vektlegging av anonymitet fra intervjuerens side.

Utvalget er også strategisk ved at disse informantene besitter den nødvendige erfaring og kompetanse innen feltet. Inklusjonskriteriene var tittel som psykologspesialist eller psykiater, med praktisk erfaring med MBT i minst seks måneder eller med minst fem pasienter.

Utvalgets størrelse regnes som tilstrekkelig for å oppfylle oppgavens formål og omfang. En fenomenologisk tilnærming basert på kvalitativt materiale vil kunne gi informasjon om tendenser om et tema, men begrenset generaliserbar verdi utover egen størrelse. Det er likevel av interesse å fange informanters narrativ om et tema fordi det sier noe om akkurat dette utvalgets erfaringer. Generaliserbarheten ligger derfor i potensialet for utvidet forståelse av fenomener og som bidrag i utvikling av begreper og teori (Kvale & Brinkmann, 2009).

2.5 Gjennomføring av datainnsamlingen

Intervjuguiden var utformet semistrukturert (Kvale, 2010), med ni spørsmål som omhandlet erfaringer om bruk av MBT og opplevelser av endring på ulike områder. Det ble gjennomført et pilotintervju med bistand fra Finn Skårderud og Bente Sommerfeldt ved Institutt for Mentalisering/RASP. Enkelte mindre justeringer ble foretatt i intervjuguiden som følge av piloten. Totalt bestod intervjuene av 33.349 ord, med et gjennomsnitt på 5558 ord pr intervju, (fra 4872 til 6571 ord). Hvert intervju varte i omlag en time. Informasjonsskriv, samtykkeskjema og intervjuguide er vedlagt.

Informantene ble intervjuet på sitt eget arbeidssted innenfor ordinær arbeidstid slik at de skulle ha minst mulig ulempe knyttet til deltagelse. Følgelig er intervjuene foretatt ulike steder i Norge. Intervjuet startet med en kort presentasjon av meg selv, hvor jeg minnet om prosjektets hensikt og rammer, samt deres rettigheter som informant i et forskningsprosjekt. De ble gjort kjent med at de når som helst kunne trekke seg eller be om at deler av det de har gitt informasjon om, slettes.

Det ble lagt vekt på å få til en trygg ramme i intervjusituasjonen. Lydopptak ble foretatt med memorecorder, i overensstemmelse med informantene. Intervjuguiden ble brukt som støtte under intervjuet, men erfaringsmessig kom informantene ofte på eget initiativ til å dekke de

ulike temaene i guiden ettersom intervjuet skred frem, og det var behov for mindre styring og retningsgiving. Spørsmålsformuleringene var utformet slik at de skulle være åpne og invitere til mest mulig fri refleksjon (Kvale & Brinkmann, 2009). Innimellom var det imidlertid behov for oppklarende og oppfølgende spørsmål. Jeg la vekt på en ledig intervjustil hvor informanten selv ble gitt anledning til å utbrodere hvert enkelt svar i stor grad. Datainnsamlingen pågikk så lenge den ga relevant ny informasjon, det vil si at den ble avsluttet ved såkalt metning (Patton, 2002). Dette måtte balanseres mot hensynet til informantenes tilgjengelige tid. Lydfilene ble så raskt som mulig transkribert og avidentifisert etter intervjuet, og deretter slettet. Informantene ble gitt anledning til å lese gjennom og eventuelt kommentere sine egne transkript som et ledd i sikring av validiteten. Ingen ytret ønske om det. Da oppgaven var ferdigstilt ble transkriptene også slettet.

2.6 Etiske betraktninger

Helseforskningsloven av 2008 regulerer rettsnormene for medisinsk og helsefaglig forskning. Internasjonale bestemmelser som Norge er bundet av, og som ivaretar menneskerettigheter og menneskeverd, er inkorporert i loven. Etiske normer, som eksempelvis Helsinkideklarasjonen, supplerer disse rettsnormene. Samlet danner rettsnormer og etiske normer grunnlag for avgjørelser foretatt av de Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, REK (Sønderland, 2009). I følge Kvale (2010), må etiske refleksjoner gjennomsyre hele forskningsprosessen, og hvert forskningstrinn har egne etiske utfordringer som krever reflekterte valg. Særlig relevant for dette prosjektet er reglene som regulerer informert samtykke, trekkmulighet, anonymisering og en vurdering av konsekvenser av deltagelse. REK-godkjenning foreligger for moderprosjektet som dette prosjektet faller innunder. Nødvendig tillatelse fra Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste, (NSD), er innhentet av forfatteren i april 2013, før datainnsamlingen tok til. Begrunnelsen for melding til NSD var innsamling av personidentifiserende materiale, slik at personvernet til informantene skulle sikres ivaretatt i best mulig grad. Håndteringen av dette materialet er redegjort for i meldingen og behandlet etter retningslinjer skissert av NSD. Jeg har lagt vekt på å informere informantene tydelig både skriftlig og muntlig om prosjektet, dets rammer og deres rettigheter og muligheter som deltagere. Videre har jeg behandlet dataene i tråd med retningslinjene og foretatt analysen og tolkningene av dataene så respektfullt jeg har kunnet. Refleksivitet, det

vil si bevisstgjøring, refleksjon og åpenhet om hva som er mitt eget og hva som er informantens bidrag, er en del av dette.

Lydopptak innebærer betydelige mengder potensielt personidentifiserbart materiale. Lydfiler fra opptaksmediet ble slettet umiddelbart etter innlasting. Lydfilene ble slettet fortløpende etter transkribering, og i det transkriberte materialet er personnavn utelatt. Når det gjelder bruk av sitater har jeg lagt vekt på at dette ikke skal kunne knyttes til person og følgelig anvendt vanlige forskningsetiske normer (De nasjonale forskningsetiske komiteer, 2010).

Hermeneutikken har visse forskningsetiske utfordringer. IPA anerkjenner at utforskning av en informants opplevelse nødvendigvis innebærer et element av forskerens syn på verden, så vel som en påvirkning av interaksjonene dem i mellom (Willig, 2008). Forskeren er en bidragsyter til produktet, som aktivt konstruerer ved å tilføre subjektive elementer i prosessen. Man kan si at IPA innebærer dobbel hermeneutikk (Giddens, 1976; Smith & Osborn, 2003), ved at forskeren tolker et fenomen som en informant allerede har tolket og gitt mening til. Jeg har lagt vekt på at tolkningen av materialet skal være innenfor en ramme informantene fortsatt skal kunne kjenne seg igjen i, men med tilstrekkelig grad av abstraksjon. Det kan ellers bli et etisk spørsmål om hvem som «*eier sannheten om ens sosiale verden*» (Fangen, 2013). Det skal ikke oppleves som en belastning å ha deltatt som informant.

2.7 Analyseprosessen

Analysen er en gjentagende og utviklende prosess i ulike stadier. Som novise har jeg lagt meg tett opptil den trinnvise modellen skissert av Smith, Flowers og Larkin (2009), som inkluderer følgende analysetrinn:

I trinn 1 ble transkriptene gjennomlest og gjennomlyttet samtidig for å få en oversikt over materialet som helhet. Jeg erfarte at jeg fikk øye på nye aspekter som med fordel kunne vært gjenstand for videre utdyping med informanten, men som jeg ikke fanget opp i selve intervjusituasjonen. Selv med bruk av semistrukturert intervjuguide var det litt ulikheter i vektning av de ulike spørsmålene og hvor grundig de ble besvart. Analysen videre ble foretatt på ett og ett intervju av gangen for å gi hver og en informant den nødvendige grad av ideell idiosynkrasi, i overensstemmelse med metoden.

Trinn 2 innebar å lese gjennom transkriptene systematisk for å identifisere temaer og foreta stikkord på multiple lag i teksten. Dette bidrar til en dypere analyse, og man forsøker å fange noe av den essensielle kvaliteten som representeres. Det ble tatt utgangspunkt i tre ulike nivåer; deskriptive og lingvistiske utsagn, og utsagn av mer konseptuell art i tråd med Smith et al. (2009)'s anbefalinger. Erfaringsmessig var utsagn av konseptuell art gjennomgående mer av kjernekarakter, og fikk en mer tolkende form i det de fjernet seg mer fra informantens eksplisitte utsagn, og søkte å nå mot informantens overbyggende forståelse av temaet. Derfor involverer konseptuelle kommentarer mer av forskeren, som legger personlig refleksjon, kunnskap og erfaring til materialet. Et utsagn fra datamaterialet som kan tjene som eksempel er uttalelsen fra en av informantene: ...«den (terapeuten) som har vært der med litt skam før, har fått lov til å tre litt mer frem og blitt validert av metoden...». Dette ble vurdert konseptuelt som et tema om sterke følelser som sier noe om det tidligere skambelagte med å formidle seg selv som terapeut i terapi, og som nå er borte. Utsagn av mer lingvistisk og deskriptiv karakter bidro til å utfylle bildet og berike temaet med nyanser og kontekst. Smith, Flowers og Larkin (2009) sammenlikner denne initiale kodingsprosessen med Gadamerisk dialog hvor leseren projiserer mening inn i teksten, og derfor bidrar med sitt eget materiale i forståelsen (Gadamer, 1975/2004). Sammenliknet med den hermeneutiske sirkelen har materialet i dette stadiet blitt delt opp i sine enkelte deler, men kommer sammen igjen i et nytt hele senere i analysen (Smith et al., 2009).

Trinn 3 innebar å fokusere på resultatet fra forrige trinn, som sammen dannet utgangspunkt for utvikling av gryende temaer. Forskeren fjerner seg her mer fra det originale transkriptet. Målet er å identifisere konsis essens relatert til psykologisk tematikk med en tilstrekkelig grad av abstraksjon. For eksempel ble utsagnet fra forrige avsnitt med videre i det gryende temaet «rom for terapeuten».

I trinn 4 ble gryende temaer samlet i noen få individuelle hovedtemaer. Det ble nødvendig å gå tilbake til den originale teksten flere ganger for å berike meningsdannelsen, utfylle forståelsen av konseptene og forankre informantens bidrag.

Trinn 5 innebar å gjenta prosessen på neste datasett. Hver og en informants bidrag ble analysert for seg. Det ble forsøkt å tre inn i materialet til hver nye informant med et mest mulig åpent sinn for å sikre en så ideografisk behandling som mulig (Smith et al., 2009). Det var utfordrende å bearbeide en ny informants bidrag helt på sine egne premisser uten å ta med seg en forforståelse fra den forrige, og jeg er usikker på om det i det hele tatt er mulig. Dette

resulterte i flere sammenfallende og noen enkeltstående individuelle overordnede temaer, fra fire til seks grupper av temaer fra hver enkelt informant. Resultatet ble listet i en tabell for å skaffe oversikt over materialet.

I siste trinn leter man etter mønstre på tvers av hele datasettet. Dette er integreringsprosessen, og innebærer en sammenlikning mellom de ulike transkriptene og de ulike analysenivåene. Målet var å komme frem til overordnede temaer på tvers av de individuelle hovedtemaene fra hvert transkript. Samtidig må de overordnede temaene være tilstrekkelig forankret i datagrunnlaget, og fange essensen i informantenes delte erfaringer. Analysen anses komplett når det som er delt på tvers av deltagerne er identifisert og tatt opp i respektive overordnede temaer (Willig, 2008). Disse kan endre seg noe over tid ettersom arbeidet med å skrive resultatene skrider frem og tykkere lag av mening fremtrer.

I fokus for analysearbeidet var den psykologiske opplevelsen av det å være en MBT-terapeut. Det er her mitt fortolkende engasjement i teksten blir synlig og som en følge av dette leder analysen i bestemte retninger. Resultatet er derfor et samkonstruert produkt mellom forsker og informant, forankret i informantenes historier og ingen ren avlesning av informantenes historier (Osborn & Smith, 1998).

3 Resultater

Det overordnede formålet har vært å få innblikk i hvordan erfarne terapeuter opplever at MBT påvirker dem i terapiarbeidet. Den psykologiske opplevelsen av endring som terapeut har vært i fokus. Analysen resulterte i to overordnede temaer med til sammen syv undertemaer, presentert i oversiktstabellen under. Det første handler om utvikling av terapeutrollen der informantene opplevde endring på flere områder, subsumert som en integrerende indre reise. De fire undertemaene er: (a) en bevisstgjøringsprosess, (b) en frigjørende forståelsesramme, (c) en ny opplevelse av genuin undring og (d) om å se en vei mot bedring. Det neste overordnede temaet er kalt perspektiver på den nye terapeutrollen, og handler om terapeutenes forståelse av måter å være terapeut på innenfor MBT. Dette har tre undertemaer som er (a) rom for terapeuten, (b) det å kunne innta en mer aktiv terapeutrolle og (c) tilegnelse av ny terminologi. Resultatene er samlet i tabellen under og viser de overordnede temaer med undertemaene, og oversikt over antall terapeuter som ga beskrivelser av disse.

Tabell 1: Overordnede tema, undertema og antall terapeuter med temabeskrivelse

Overordnet tema med undertema	Antall terapeuter med temabeskrivelse
<i>1. En integrerende indre reise</i>	
a) En bevisstgjøringsprosess	4 av 6
b) En frigjørende forståelsesramme	6 av 6
c) En ny opplevelse av genuin undring	5 av 6
d) Om å se en vei mot bedring	5 av 6
<i>2. Perspektiver på den nye terapeutrollen</i>	
a) Rom for terapeuten som person	5 av 6
b) Mot en mer aktiv terapeutrolle	5 av 6
c) Tilegnelse av ny terminologi	5 av 6

Alle informantene ble stilt de samme inngangsspørsmålene, men oppfølgingsspørsmål var avhengig av hvordan informantene valgte å besvare i første omgang. Undertemaene knyttet til hvert enkelt hovedtema presenteres i det følgende.

3.1 En integrerende indre reise

En stor del av intervjutematikken dreide seg om forhold som kan knyttes til utvikling av terapeutrollen gjennom selviakttagelse og selv vurdering. Det handler om hvordan man opplever, oppfatter og reagerer på seg selv i kontekst. Alle informantene kom inn på forhold som dreide seg om utvikling av egen terapeutrolle. Flere av informantene knyttet dette imidlertid mer an til generell utvikling på bakgrunn av veiledning, egenerapi, mer erfaring i livet generelt og som terapeut spesielt, enn å sette dette i direkte sammenheng med MBT-tilnærming. Informantene beskrev det å være i utvikling som terapeut som en positiv og ønsket posisjon, og ga entusiastiske beskrivelser av sine erfaringer. Utvikling som en integrerende indre reise har fire undertemaer som favner essensen i informantenes opplevelser. Temaene gjennomgås nedenfor og følges av tekstutdrag fra intervjuene.

3.1.1 En bevisstgjøringsprosess

Et aspekt ved selvrefleksjon er å oppnå økt bevissthet om noe gjennom et mer reflektert forhold til egen utviklingsprosess som en som yter psykologisk behandling. Flere av informantene fortalte at de var blitt bevisste på seg selv på andre områder enn tidligere. Et eksempel er i forhold til "ikke-vite" holdningen. De har blitt bevisstgjorte på ikke å forstå for fort, et uttrykk for økt selvrefleksjon. En av informantene fortalte om sin egen bevisstgjøringsprosess, og beskrev hvordan et bevisst fokus har vært avgjørende:

(...) en ting jeg har strevd litt med og som jeg kanskje har klart å bli litt annerledes på, det er den litt naive og undrende posisjonen. Den har jeg kjent... og blitt veldig bevisstgjort på gjennom veiledning, og kjent at det var ikke så lett å være der. Og har nok hatt en fase der jeg kanskje også har hatt den med meg inn og der jeg egentlig ikke har vært i den naive posisjonen. Sånn at jeg har fra å ha strevd litt med den og kanskje overdrevet den litt (...). Jeg har blitt tryggere på å holde tak der jeg ikke forstår og faktisk være kritisk bevisst på at jeg ikke forstår, at jeg ikke blir så rask med forforståelse, sånn at jeg har fått større oppmerksomhet på meg selv, der.

Tekstutdraget forteller om økt bevisstgjøring som et ledd i utviklingsprosessen. En opplevelse av ikke helt å få til det terapeutiske grepet, førte til en overdrivelse som etter hvert kunne justeres med økt trygghet og erfaring. Betydningen av veiledning ble trukket frem som

vesentlig for bevisstgjøringsprosessen. Gjennom å fokusere på seg selv, opplevde informanten å få mer innsikt i egen måte å møte pasientene.

En annen informant oppsummerte hvordan virkemidler fra MBT kan ha ført til et mer bevisstgjørende blikk på seg selv og sin virkning på andre:

(...) i MBT så vil man jo ha et blikk også på seg selv. Hvordan virker jeg på andre? Hvordan kan jeg forstå deres reaksjon på meg, utfra sånn som jeg virker? Ikke nødvendigvis sånn som jeg tenkte eller følte. Og det synes jeg er veldig nyttig. For det handler jo også om å forstå hvordan jeg selv kan misforståes.

Informanten opplevde at økt bevissthet om hvordan en selv blir oppfattet bidrar til forståelsen av pasientenes reaksjoner, som kan tre frem i et nytt lys. Samlet la informantene vekt på opplevelse av ekthet, fokus på egen mentaliseringsfunksjon, samt viktigheten av å ha en nysgjerrig og ikke-vitende holdning som vesentlig i sin bevisstgjøringsprosess.

3.1.2 En frigjørende forståelsesramme

Alle informantene rapporterte en opplevelse av større frihet til sitt terapeutiske arbeid, og knyttet dette an til å ha fått en forståelsesramme som oppleves frigjørende. De ga beskrivelser av dels overlappende, men også særegne opplevelser av hva frihet innebar for dem i denne sammenheng. En informant opplevde en ny måte å forstå seg selv, og sa det slik:

(...) jeg tror det er litt mindre skam på der jeg har blitt ivrig eller gått ut av mitt gode skinn, for å si det sånn [ler]. Sånn at jeg tror at nettopp det at jeg har fått en forståelsesramme som har åpnet litt mer, også har gjort meg til en litt friere terapeut. Sånn at jeg kan være meg selv mer, for å si det sånn. Være genuint meg selv i møte med pasientene. Mer enn tidligere.

En annen informant beskrev hvordan aksept av egne naturlige tilbøyeligheter i terapien oppleves frigjørende:

(...) Å ikke kjenne at man må holde seg tilbake, at man kommer til kort eller at man går glipp av noe hvis man svarer for raskt, sånn som man ofte tenker i dynamisk eller i analytisk psykologi i hvert fall. Det at man realbesvarer for mange spørsmål så går man glipp

av det ubevisste i det. Men MBT beskjeftiger seg ikke med det, eller problematiserer ikke det så mye. Og det er nå litt frigjørende, da.

Informantene la generelt vekt på opplevelsen av en fri, romslig og til dels leken terapeutrolle som de kjente seg igjen i, og som de opplevde passet dem. En av dem fortalte:

(...) visse trekk hos meg blir mere tydelige, da. Som jeg var inne på i sted med aktiviteten og bruken av seg selv. At det meste er lov. Jeg er ikke noe redd. Jeg er ikke noen redd terapeut, og der tror jeg at MBT har vært med på å gjøre meg til en terapeut som lett eksperimenterer, da. Ja, og vi var litt inne på det lekne.

En annen ga følgende beskrivelse av sin opplevelse av MBT-terapeutrollen;

(...) den MBT-rollen den fremmer kanskje en friere rolle som terapeut. At den fremmer og styrker det. Samtidig som jeg for så vidt også synes at den kan være krevende. Fordi den stiller store krav også, på en annen måte. Ikke som den som skal ha svarene, men som den som skal klare å både regulere temperaturen i rommet og på en måte klare å avbryte når det blir for mye pseudomentalisering, for eksempel, og klare å finne intervensjoner som bringer pasienten hit og her og nå.

Samlet sett ga informantene uttrykk for en opplevelse av større frihet, mer aksept for personlig væremåte og noe friere rammer enn det de hadde vært vant til å måtte holde seg innenfor. Det ble ikke ansett som enklere av den grunn, fordi det ble samtidig fremholdt at det stilles store krav til terapeutens evne til å reflektere og regulere i terapirommet.

3.1.3 En ny opplevelse av genuin undring

De fleste informantene fokuserte på det å få bruke sin nysgjerrighet og undring, og at det er rom for dette innenfor MBT-rammeverket. En terapeutisk holdning som rommer en undrende, ikke-vitende posisjon ble av mange fremholdt som noe de satte pris på. Undringen gis en aktiv form gjennom et fokus på det som skjer her og nå. En informant la vekt på det å ta på alvor at man som terapeut ikke vet: «(...) det å ha lov til å undre og ikke vite, og sammen med pasienten finne ut av ting. Det opplever jeg også som genuint, på en måte». Her reflekteres en opplevelse av at terapeuten ikke bærer ansvaret alene, og samarbeidet fremheves. Undringen oppleves ekte fordi den erfares slik, tuftet på den ikke-vitende posisjonen som gjennomsyrrer relasjonen med pasienten:

Med det med ekthet tenker jeg det å være genuint menneske. Være hele meg i terapirelasjonen. Både kunne gi tilbakemelding i forhold til hvordan ting påvirker meg, hva jeg opplever selv, på en måte ha det der med hele tiden å kunne være nysgjerrig og ikke-vitende.

Flere ga også uttrykk for at ekspertrollen kan være slitsom å bære, og at det kan oppleves befriende at man sammen med pasienten finner veier videre, uten for mye forhåndsforståelse. Å akseptere at terapeuten ikke alltid kan, bør eller må vite, ble beskrevet av denne informanten slik:

(...) det er vel så viktig det det har gjort med meg selv i kraft av at jeg selv kan få lov til å ikke vite alltid. Det er ikke bare pasienten som ikke kan vite, men det kan kanskje skape et større rom for meg selv til å ikke vite også. (...) en balansegang av kunnskap og viten og ikke-viten i seg selv. Men det er en motgift til å havne i en slags ekspertrolle som er slitsom å bære og som begrenser.

Samlet sett tilkjennega informantene en opplevelse av personlig resonans og aksept innenfor MBT-rammeverket for å kunne være mer aktivt nysgjerrig overfor pasientene. Dette virket frigjørende for terapeutene og åpnende på relasjonen til pasientene.

3.1.4 Om å se en vei mot bedring

Flere av informantene rapporterte om en ny forståelse av disse pasientene hvor spesielt tilknytningshistorien og kontekstuelle forhold i pasientenes hverdagsliv ble fremhevet. Flere opplevde en holdningsendring som innebar et mer optimistisk syn på å gi terapi til svært dårlige pasienter. I følge flere av informantene er det ikke uvanlig at pasienter med spiseforstyrrelser møtes med varierende behandlingstilbud, ofte bestående av håndtering og lite konkret behandling. Det er en utfordring på mange måter å ha svært dårlige pasienter i terapi. En av informantene beskrev hvordan MBT har tilført mer håp om at man kan få til noe med de dårligste pasientene:

(...) jeg har nok fått et mer optimistisk blick på... et mer optimistisk syn på det å gi psykoterapi til ganske dårlige pasienter. MBT-tilnærmingen har åpnet opp for at jeg har blitt mer optimistisk på å tilby inngående psykoterapi til veldig dårlige folk.

Denne terapeuten ga uttrykk for at metoden gir en forståelse av pasientens svikt som gjør terapeuten i stand til rimelig fort å komme frem til ideer om veien videre. En annen informant sa det slik om behandling av pasienter med ustabil personlighetsforstyrrelse og spiseproblematikk:

Informanten: Når jeg tar på meg MBT-brillene så ser jeg absolutt annerledes på mennesker med spiseforstyrrelser og tung borderlineproblematikk, for eksempel.

Intervjuer: Hvordan da?

Informanten: Fordi at jeg kan jo hjelpe dem [ler].

Intervjuer: Ja, magic! Er det et middel mot håpløshet?

Informanten: Mhm, [nikker, bekreftende tonefall].

Denne informanten hadde opplevd en holdningsendring hos seg selv i omgang med disse pasientene, fra en alvorlig og analyserende stil, til en mer lett og ledig holdning som kan bidra til å gi pasientene håp:

(...) jeg stussa litt ved at holdningen min også blir veldig annerledes i møte med disse pasientene. For det er akkurat det du sier, det er jo kjempesyke pasienter og likevel så blir vi litt sånn der [knepper med tungen]... og jeg tror det smitter over da. Jeg vet ikke helt, altså.

Flere av informantene beskrev at det er dialogen som spesielt ivaretas med MBT. De er blitt i stand til å reetablere dialog raskere etter brudd, for eksempel når affektene går ut over det terapeutiske vinduet og pasienten blir over- eller underaktivert. En informant sa det slik: «*For å bruke MBT-språket da, der det blir mentaliseringssvikt i dialogen så synes jeg at jeg har funnet veier til å etablere kontakt og reetablere kontakt mye fortere*». En annen informant opplevde at det å få i gang en refleksjonsprosess er viktig for håpet om at terapien kan føre til bedring: «*Det gir en trygghet og det i seg selv er en del av behandlingsprosessen*». Denne informanten tilkjennegir en opplevelse av hvor viktig det er at terapeuten selv føler seg trygg i behandlingssituasjonen, og at det får en direkte innvirkning på behandlingen som sådan.

Samlet ga de fleste informantene uttrykk for mer håp om hva man kan få til. Dette innebærer ikke nødvendigvis et mål om at pasienten skal bli helt symptomfri, men at det er blitt lettere å få øye på at man i alle fall kan få til *noe*, et uttrykk for realistisk optimisme.

3.2 Perspektiver på den nye terapeutrollen

Dette hovedtemaet setter lys på noen av informantenes perspektiver på det å ha tilegnet seg MBT. Hva innebærer det for dem å ha fått tilgang til denne tilnærmingen? Ingen av informantene opplevde MBT som en helhetlig terapeutisk retning. MBT anses som en tilnærming til terapi som kompletterer deres grunnleggende teoretiske ståsted innen dynamisk teori, i kombinasjon med generelle prinsipper for god terapi. Flere påpekte for eksempel at MBT sier lite om det å arbeide konkret med atferd og eksponering. Imidlertid var det flere av informantene som pekte på trekk ved MBT som oppleves spesielt positivt og besnærende, blant annet at tilnærmingen oppleves som humanistisk, antiautoritær og forståelig. Alle ga uttrykk for at MBT representerer en teoretisk tilnærming som de kan kjenne seg igjen i, og hvor dette får gjenklang hos dem. Ingen beskrev opplevelser av grunnleggende forandring som terapeut, men mer en opplevelse av å ha funnet seg til rette innenfor et teoretisk rammeverk som passet med det de allerede hadde. Hovedtemaet er delt i tre undertemaer som sammenfatter det vesentligste om hva det innebar for dem å ha tilegnet seg en ny terapeutisk tilnærming. De omhandles i det følgende.

3.2.1 Rom for terapeuten som person

Flere av informantene sa eksplisitt at de opplever MBT som en respektfull og antiautoritativ terapitilnærming, og la spesielt vekt på det å få fram ulike perspektiver om samme fenomen, både i gruppe- og i individualterapi. Det er dermed åpnet for et naturlig rom også for terapeuten til å meddele sin opplevelsesverden ved å bidra til å løfte frem ulike perspektiver og dele av seg selv. Dette kan sees som en konkret tilkjennegivelse av en jevnbyrdig og respektfull relasjon mellom terapeut og pasient. En informant sa det slik:

(...) det at man holder fram ulike perspektiver og at man er så tydelig på at «sånn tenker jeg om det, og sånn kan du tenke om det, og sånn tenker den tredje og fjerde og femte i gruppa». Det har jeg opplevd som nyttig. Og det tenker jeg er noe respektfullt i det.

En annen la samtidig vekt på at det oppleves befriende og lærerikt å kunne være tydelig i den selvavslørende terapeutrollen:

«(...) dette med å kunne være mer et «jeg» sammen med et «du» er nok kanskje mer eksplisitt og tydelig i MBT og gjør det både befriende og lærerikt, tenker jeg. Du får lov til å være et jeg».

Flere trakk frem at selvavsløring har vært direkte hjelpsomt i terapier, ved å bidra til raskere avklaring og synliggjøring av misforståelser. Det å være tydelig på denne måten som terapeut fremmer en mer aktiv utforskning av de ulike perspektivene hvor det relasjonelle gis et språk. En av informantene viste hvordan det å gi rom for egne tanker åpner opp og avmystifiserer det sosiale samspillet:

Jeg kan si noe sånt høyt som at: «når du sier sånn så kan jeg bli usikker på om sånn og sånn... men på den annen side kan jeg tenke sånn eller sånn», og at det også kan være uttrykk for en motoverføring. At det ligger elementer i det i en sånn tilbakemelding. For det kan jeg jo også da si noe om, og «kanskje handler det noe om en reaksjon som du lett kan skape i folk. Men det kan også handle om meg. Kanskje det er noe jeg ofte... kanskje det er jeg som reagerer på denne måten».

Her løftes kompleksiteten i en samtale fram ved å legge vekt på hvordan menneskelig samhandling kan forstås og misforstås. På denne måten kan samtalen tilføres ydmykhet og respekt for at det er ulike måter å fortolke verden på. Samtidig tilkjennegis den dynamiske grunnstrukturen og tilhørigheten ved å holde åpent muligheten for motoverføringer. Gjennomgående ga informantenes opplevelser et bilde av hvordan en direkte måte å arbeide i relasjon på, hvor det å dele egne opplevelser av hva som skjer i terapien, kan brukes til edukasjon og berede grunnen for endring for pasientene.

3.2.2 Mot en mer aktiv terapeutrolle

Alle informantene opplevde at terapitilnærmingen passet med deres personlighet i utgangspunktet, med særlig vekt på den aktive rollen. De opplevde det godt å få bruke sin naturlige relasjonelle væremåte, og det var en unison opplevelse av at metoden validerer den aktive terapeuten, her eksemplifisert med følgende utdrag:

Intervjuer: (...) så betyr det at der du før følte at du kanskje måtte legge litt bånd på deg som terapeut...?

Informanten: Ja, eller der... i interaksjon med pasienten... ja, spontant og ut fra hva som kjentes riktig i øyeblikket gjorde bevegelser som jeg i ettertid har vanskelig for å integrere i forståelsesmodellene.

Intervjuer: Men nå har det blitt...?

Informanten: Ja, det har blitt åpnet en dør der den aktive terapeuten har mere plass.

Intervjuer: Ja, og er det noe som du føler snakker til deg?

Informanten: Ja, det har vært godt.

Utsagnet reflekterer bekymring for tidligere å gjøre grep som ikke opplevdes direkte forenlig med dynamisk tilnærming, en bekymring for ikke å være tilstrekkelig tilbaketrukket. Innenfor MBT opplever informanten nå anledning til å ta i bruk den mer aktive siden av seg selv. Dette har gitt en opplevelse av økt trygghet: «*Jeg tror jeg er tryggere i den mer aktive terapeutrollen*», og reflekterer et fokus først og fremst rundt det konkrete arbeidet. En annen informant beskrev diskrepansen mellom egen aktive tilbøyelighet og opplevd krav om tilbaketrukkenhet fra dynamisk tradisjon som et dilemma, en kilde til indre konflikt:

(...) for det har jeg kanskje følt som en slags konflikt mellom min personlighet som er ganske utadvendt, aktiv, hands on-type. Jeg tenker på hvordan jeg er hjemme og sånn [ler]. Og mer sånn den opplæringen jeg har fått som jo har vært litt mer tilbaketrukket, og at der har det nok vært en eller annen konflikt i meg. Hvordan kan jeg være meg selv og samtidig skulle passe inn i den terapeutrollen. Men det opplever jeg ikke noe konfliktfylt i MBT-metoden. Tvert om så føler jeg at min stil er en ressurs (...)

Et annet aspekt ved det å være aktiv, ligger i terapeutens oppmerksomhet rundt hva egen aktive atferd resulterer i. Hvilken effekt får dette for pasienten, og hvilken betydning tilskriver terapeuten dette? Flere var opptatt av hvordan ulike pasienter har ulike behov, og at eksempelvis pasienter med anorexia ofte må hjelpes mer i gang enn en pasient med ustabil personlighetsforstyrrelse hvor det kan være mer et behov for å bremse ned tempoet. Denne aktive reguleringsoppgaven faller på terapeuten. Informantene opplevde at MBT åpner for arbeid med det konkrete som nettopp fordrer en aktiv terapeut, og at dette blir tatt godt i mot. En annen sa dette i forhold til pasienter med spiseforstyrrelser: «*(...) den spontane tilbakemeldingen jeg fikk fra gruppedeltagerne, var at... det var noe med aktiviteten, at de syntes det var så deilig, at jeg var mer aktiv*».

Denne informanten la vekt på at for noen pasientgrupper, for eksempel i arbeid med enkelte pasienter med spiseforstyrrelser, så handler det ofte om det å få noe inn:

Gi dem [pasientene] noe materiale som gjør at de lettere kan henge seg på, og kople seg på. For jeg opplever at blir man for konfronterende eller for spørrende i forhold til «ja, men hva føler du?», så kommer kollapsen og tenkningen kollapser. Det kommer ingenting. Det blir mye stille og det blir mye motstand, opplever jeg. Så det å være mer aktiv, det å sette ord på, det å gi forslag, til ulike følelser eller behov eller opplevelse man kan ha. (...) vi hjelper pasientene å få språk, det er det viktigste tenker jeg. Få språk på indre anliggende, skjønn hva som skjer i samspillet mellom seg selv og andre.

Det handler ikke bare om å få noe ut, men også det psykopedagogiske tilsnitt med å hjelpe til med å få noe inn for at pasienten skal kunne sette ord på opplevelser. En mer aktiv terapeutrolle ble ansett som vesentlig.

3.2.3 Tilegnelse av ny terminologi

Alle informantene kom inn på ulike sider ved terminologien spesifikt for MBT. Spesielle begreper som for eksempel mentaliseringssvikt, refleksiv funksjon, psykisk ekvivalens og forestillingsmodus (*pretend mode*), er satt i sammenheng med egen forståelse av fenomener, begrepenes betydning i relasjon til pasientene og i kommunikasjon med kolleger. Beskrivelser av et fenomen er med på å gjøre at fenomenet kan tre frem på en ny og annerledes måte. Terminologien fra MBT oppleves relevant og nyttig i praksis, og ny terminologi kan bane vei for ny måte å oppfatte fenomener på. En av informantene ga uttrykk for at noe som tidligere var vanskelig å få tak på, nå fikk tykkere lag av forståelse:

(...) de begrepene psykisk ekvivalens og pretend mode, det husker jeg når det ble introdusert for meg første gang, da synes jeg det gikk opp mange lys. Da synes jeg at jeg fikk noen begreper og måter å forstå det på som jeg ikke hadde helt taket på før. Det har vært veldig nyttige begrep for meg.

Informanten over viste her hvordan teoretiske begreper fra MBT bidro til å belyse et fenomen som tidligere kan ha fremstått mer utydelig. Tilknytningsbegrepet ble av flere opplevd å få ny praktisk aktualitet gjennom MBT, og derfor kan sees på en ny måte i praksis. En sa:

Jeg tenker tilknytningsteorien har alltid vært der på en måte, men nå gis den en mer konkret og praktisk utforming, det er ikke bare en teoretisk forståelse. Det gir mening helt ut i den kliniske praksisen, mer tydelig enn jeg synes det har vært tidligere (...).

Informantene ga også beskrivelser av terminologiens betydning for dialogen med pasientene. Et tema flere kom inn på, var edukasjonens rolle ved mentaliseringssvikt. En av informantene beskrev betydningen av det å få språk om hva som skjer, evne å gjenkjenne det og å tematisere det med pasientene:

(...) det synes jeg at jeg har fått til å snakke med pasienter om også, som et fenomen som skjer og går an å betrakte og forholde seg til. Så trenger man jo noen begreper. Det har vært viktig for meg egentlig.

Flere opplevde at dynamisk terapi kan bli for avansert og fremmedgjørende for visse pasientgrupper, og at MBT da kan være en nyttig tilnærming. I sitatet under fremgår betydningen av at terapeuten klarer å nå inn til pasienten med opplevelse av aktualitet og relevans for å oppnå felles forståelse:

(...) denne metoden er mer opptatt av å snakke et språk og nå folk der de er, og det liker jeg veldig godt, altså. Der terapeuten anstrenger seg for å møte pasienten og at det ikke er en terapiform som er så fremmedgjørende at pasienten ikke helt forstår hva vi holder på med. (...) jeg har opplevelsen av at mange synes det er veldig allright å bli tatt på... den følelsen av å bli tatt på alvor og en interesse og finne ut av det som skjer mellom oss her og nå, at det er mere nærliggende da.

Ikke alle informantene opplevde teoretiske begreper fra MBT som en entydig støtte i terapi. En av informantene ga uttrykk for at det oppleves problematisk å bruke dette i praksis:

(...) noe av det jeg synes er vanskeligst er det å bruke teoretiske begreper direkte i terapien og at det gir mening til pasienten. Det kan jeg merke at jeg ofte styrer litt unna (...). Det er ikke alltid jeg liksom klarer å gripe det helt selv i forhold til anorektikeren eller bulimikeren, hvordan skal jeg oversette dette så det gir mening i ditt liv? Det strever jeg litt med.

Dette innebærer at begrepene må kunne brukes på en slik måte at de kan gjøres anvendelige også for pasientene, hvis de skal kunne gi mening og tilføre noe verdifullt. Det kan være utfordrende å gi en folkelig beskrivelse av kompleks teoretisk terminologi. Begreper fra MBT

ble av flere opplevd som et godt utgangspunkt for kommunikasjon med kolleger fra andre faglige disipliner og teoretisk ståsted. En av informantene sa:

(...) jeg synes MBT-språket er lett og godt å bruke i psykiatrien. Det gir et springbrett over til andre som ikke jobber så dynamisk som meg. Det er en måte å bruke litt samme språk på, eller det er et språk som er lett å forstå, lett å gripe.

Informantene opplevde at MBT-terminologien bidro til å bedre forstå og snakke om fenomener både med pasienter og kolleger, og at de derfor var praktisk relevante i den kliniske hverdagen.

4 Diskusjon

Analysen tok utgangspunkt i hvordan erfarne terapeuter opplever at en ny terapitilnærming som MBT påvirker dem i terapiarbeidet. De seks informantenes opplevelser kan oppsummeres i to overordnede temaer: (1) en integrerende indre reise, og (2) perspektiver på den nye terapeutrollen. Hvordan kan man forstå funnene innbyrdes og i relasjon til psykologisk teori, klinisk og teoretisk forskning? Kan studien si noe om hvorvidt terapeutenes opplevelser kan forklares teorispesifikt, jamfør inndelingen i abstraksjonsnivåene til Goldfried (1980), eller også falle innunder andre teorier og da være forenlige med fellesfaktorer? Det siste kan være aktuelt dersom resultatene adresserer terapi generelt og beskriver allmenngyldige trekk utover enkeltmodellen MBT. Funnene ses i lys av teori om terapeuters utvikling over tid, og diskusjonen vil derfor foregå både innenfor MBT og på et mer generelt nivå utover MBT.

Implikasjoner for terapeuten: *«jeg vet mer hva det er jeg egentlig holder på med»*

Det første hovedtemaet adresserer endringsopplevelser på et indre plan, av personlig og fenomenologisk art og med en følelsesmessig komponent. Det handlet om å sette lys på prosesser i seg selv, og et fokus på egen mentaliseringsfunksjon. Hvordan oppfattes jeg som terapeut? Det innebar også det å ha gjennomgått en holdningsendring hos seg selv, spesielt i forhold til pasienter med spiseforstyrrelser. Flere av informantene hadde fått et mer optimistisk syn på å gi terapi til denne pasientgruppen, hvor opplevelse av håp og det å finne en retning stod sentralt. De kunne lettere se en vei mot bedring. Betydningen av veiledning ble trukket frem som vesentlig for bevisstgjøringsprosessen.

Det å ha ideer om veien videre i en terapi, henger sammen med håp. I litteraturen er håp lansert som en fellesfaktor (Snyder, Michael & Cheavens, 1999). Når terapeuter mister håpet er det truende for den helende prosessen, og det stilles store krav om å arbeide seg ut av en slik tilstand, først og fremst gjennom eget indre arbeid (Moltu et al., 2010). Informantene rapporterte om mer håp på vegne av sine pasienter og relaterte dette til opplevelsen av at de nå kan hjelpe mer effektivt enn før. Det å kunne ivareta dialogen når det blir vanskelig, ble spesielt knyttet opp mot MBT. Dette er overensstemmende med funnene fra en kvalitativ studie av Øvrebø og Holgersen (2012). De fant at MBT-terapeutene fikk økt håp for behandling av personer med personlighetsforstyrrelse og rusproblematikk, med begrunnelse i

å ha fått noen verktøy og en bedre forståelse og gjenkjennelse av problematikken. Alvorlige spiseforstyrrelser har potensielt dødelig utgang, og det gjør konsekvensen av et positivt syn på behandling av denne pasientgruppen til et moralsk anliggende. Adekvat behandling er nødvendig, og pasientene bør ikke bare møtes med «*håndtering*», slik en av informantene erfarte som ikke helt uvanlig i hjelpeapparatet. Dette kan reflektere erfaringer om at man i hjelpeapparatet ikke alltid vet hvordan man best bør møte disse pasientene. Når terapeutene opplever å være mer optimistiske til å få til noe i terapi med disse pasientene, kan det skyldes kombinasjonen av flere forhold. Det kan være at terapeutene i denne studien, som følge også av erfaring, lettere ser en vei videre og finner håp, og at dette gir en opplevelse av mer effektivt å kunne håndtere vanskelige situasjoner. Erfarne terapeuter har også en tendens til å oppfatte seg selv som mer effektive enn uerfarne (Lambert et al., 2013). Rønnestad og Skovholt (2013) påpeker at hovedvekten av modne terapeuter vil ha opparbeidet seg et rikholdig erfaringsgrunnlag for at terapi er virksomt for de fleste klienter, og at dette styrker troen på egen evne til å hjelpe. Man kan heller ikke se bort fra at et håpefullt syn på å gi terapi kommer til syne for pasienten som profitterer på det (Arnkoff, Glass & Shapiro, 2002), og at det derfor endrer betingelsene for terapien. Spørsmålet om å bevare håpet i møte med terapeutiske utfordringer, er også knyttet til spørsmålet om *hva* som er bedring. De fleste erfarne terapeuter vil også ha opplevd egne begrensninger i arbeidet med enkelte klienter (Rønnestad & Skovholt, 2013). Tillater terapeuten seg å være litt mer pragmatisk og realitetsorientert, vil det innebære at kravet til hva bedring innebærer, påvirkes. «Vi kan få til *noe*», som en av informantene rapporterte. Da vil det kanskje bli lettere å opprettholde et håp om å nå målene, og reflektere at man med årene utvikler realistisk optimisme i forhold til hva terapi kan utrette (Eagle, 2001).

Informantene beskrev flere sider ved sine opplevelser som kan forstås som en integreringsprosess. Det omfattet en ny måte å forstå seg selv med mer aksept for personlig væremåte, og mer enn tidligere kunne ta i bruk en større del av personlig repertoar. De har en grunntilhørighet forankret i psykodynamisk teori som tradisjonelt er preget av en mer tilbakeholden stil, og de har lært en metode de har investert tid og ressurser i. Flere av informantene ga uttrykk for at det å kunne være mer åpen og aktiv i terapeutrollen, føles riktig og i samstemthet med dem selv. Dette er i tråd med teorien til Holland (1996) om at man i yrkeslivet orienterer seg mot miljøer som passer personligheten. Ut fra forskning på terapeututviklingsfeltet, kunne man forventet at terapeuter opplever seg mer genuine med økt erfaring, og derfor kan oppleve ny trygghet i terapeutrollen. Informantenes beskrivelser

sammenfaller i stor grad med kjennetegnene på den erfarne terapeut i livsløpsmodellen til Rønnestad og Skovholt (2013). De rapporterte samtidig om flere momenter som de opplevde hadde sammenheng med opplæring i MBT, og ikke bare som utslag av erfaring. Særlig gjaldt det terminologien, den optimistiske og håpefulle holdningen og opplevelsen av en romsligere og friere terapeutrolle. I livsløpsmodellen (Rønnestad & Skovholt, 2013), er opprettholdelse av å være i vekst en av de sentrale komponentene. En forutsetning for vekst er blant annet at det personlige selvet integreres i et koherent profesjonelt selv. Videre må den profesjonelle rollen som utøves være kongruent med terapeutens opplevelse av et sammenhengende profesjonelt selv. Først da kan terapeuten være genuin i relasjon til klienten. Terapeutenes beskrivelser ser ut til å føye seg inn i denne modellen.

Implikasjoner for terapeutrollen: “*jeg blir en tydelig person*”

Det andre overordnede temaet handlet om hva terapeutene opplevde at de nå gjør annerledes i terapi. De la vekt på at det virket befriende å bruke seg selv mer aktivt enn tidligere, at de mer kunne dele av seg selv og egne perspektiver. Deres naturlige stil og aktive væremåte kunne nå være en ressurs i arbeidet. I tillegg ble det fremhevet at terminologien innenfor MBT fikk praktisk betydning for flere.

Informantene la i større grad enn tidligere vekt på å bruke selvavsløring, forstått som det å dele noe som reflekterer et personlig aspekt ved terapeuten. Konkrete handlinger, å dele følelser eller innsikter, strategier, forsikringer eller utfordringer, er eksempler på selvavsløringer (Knox & Hill, 2003). Det kan dermed også innebære å mentalisere høyt om seg selv overfor pasienten. Noen av informantene ga spesifikt uttrykk for at terapien raskere avklares ved at man på denne måten tidligere etablerer en felles forståelse og oppklarer misforståelser. Terapeuten får et bedre grep om hva som skjer i terapien, om *hva* det dreier seg om. Erfarne terapeuter er vist å komme raskere dit (Glaser & Chi, 1988). Da kan de også være mer emosjonelt tilgjengelige, et generelt fortrinn forbundet med erfaring (Chang, 2011; Hill & Knox, 2001).

Risikoen for feilattribuering øker ved høyt emosjonelt stress. Da kan mentaliseringssvikt oppstå (Bateman & Fonagy, 2012; Mayes, 2006). Williams et al. (2006) fant at emosjonelt stress også undertrykker *terapeutens* evne til mentalisering i terapisituasjonen. Dersom pasienten har større tilgang til terapeutens indre liv, vil det kunne tjene som eksempel på at det er mange måter å oppleve virkeligheten på, og derved kunne forebygge emosjonelt stress i

relasjonen. Bruk av selvavsløring er rapportert å gi lavere klientubehag, og kan derfor bidra til å bedre alliansen (Barrett & Berman, 2001; Hill & Knox, 2001). I klinisk litteratur er det beskrevet at en åpen og selvavslørende terapeut stimulerer til en åpen pasient (Yalom, 2002). Hartmann (2013a) gir ytterligere støtte til dette gjennom erfaringer fra et langt terapeutliv om at terapeutens taushet, anonymitet og tilbaketrukkethet er angstskapende for mange pasienter. En foreskrevet tilbaketrukket holdning kan også oppleves ubehagelig for terapeuten, dersom det går på tvers av personlige karakteristikk (Eagle, 2001). Selv om terapirelasjonen er spesiell i forhold til øvrig sosial samhandling, er disse erfaringene i tråd med prinsipper for gjensidighet slik man kjenner det fra sosialpsykologisk forskning, og dypt forankret i menneskelige sosiale samhandlingsmønstre (Gouldner, 1960). Selvavsløring kan være en måte å etablere en felles plattform av likhet og gjensidighet mellom terapeut og pasient (Hartmann, 2013b). Når terapeuten kan tørre å vise seg som et vanlig menneske med feil og mangler, kan det virke positivt i behandlingsrelasjonen (Maroda, 1991). Det er nærliggende å anta at kombinasjonen aktiv terapeut som gjør bruk av selvavsløring, bidrar til at terapeuten kan legge til rette for et bedre arbeid. Alliansen kan dermed understøttes av en aktiv terapeut (Palmstierna & Werbart, 2013).

Selvavsløring er tradisjonelt hyppigst brukt av terapeuter med humanistisk og eksperimentell teoretisk tilhørighet, og i mindre grad av psykoanalytiske terapeuter (Hill & Knox, 2001). Samtidig er dette de siste årtier blitt mer vanlig også i psykoanalytiske og psykodynamiske miljøer (Billow, 2000; Eagle, 2001). Innenfor MBT legges det vekt på at terapeutens aktive holdning hjelper pasienten til å reflektere rundt egen og andres mentale innhold. Dette gir større grad av kontroll til pasienten og minsker følelsen av manglende sammenheng og fremmedgjorthet (Bateman & Fonagy, 2012). I en studie av Moltu et al. (2010) basert på intervjuer av erfarne terapeuter med ulik orientering, fremkom det spesielt et behov for å anerkjenne grensene mellom terapeut og pasient som styrker klientens opplevelse av autonomi. Selvavsløring kan være en måte å fremme dette på.

Det kan tyde på at informantene har funnet en stil og et teoretisk rammeverk overensstemmende med slik de opplever seg selv. Det er i tråd med Rønnestad og Skovholt (2013) om at erfarne terapeuter søker mot en rolle hvor deres integrerte personlige og profesjonelle selv kan operere innenfor rammer som passer med dette.

Et annet sentralt aspekt ved terapeutenes beretninger var hva ny terminologi innebar for dem. MBT har flere spesielle begreper som beskriver ulike måter å være reflekterende på, og som

settes i sammenheng med kvaliteten på tidlig tilknytningshistorie. Disse begrepene hadde fått betydning for informantene på en slik måte at fenomener i den kliniske hverdagen fremstod litt annerledes, og mer forståelig. Noen opplevde begrepene som nyttige i edukasjonssammenheng, også med pasienter, mens andre erfarte at dette var problematisk å få til på en god måte. Terapeutens kliniske formuleringer overfor klienten avgjør hvilke tanker, følelser og atferd som er i oppmerksomhetens fokus (Goldfried, 2009). Språksetting av fenomener kan avgjøre hva man har muligheten til å få øye på, og hvordan man forstår det man ser. Gjennom begrepsapparatet fra MBT opplevde flere av informantene å se tilknytningsteorien i nytt lys, den ble praktisk anvendbar. Når fenomener får figur gjennom språket kan det bidra til tydeliggjøring også for terapeuten. Flere av informantene rapporterte om at i arbeidet med spiseforstyrrelser stilles det ekstra krav til terapeuten om å regulere. Svært syke pasienter krever noe mer og kan fremkalle følelser av maktesløshet hos terapeuten. Når terapien står fast, kan terapeuter oppleve at egen emosjonell reaktivitet kan tilta, særlig der pasienten trekker seg inn i seg selv og blir emosjonelt utilgjengelig (Moltu et al., 2010; Skårderud & Fonagy, 2012). Slik tilbaketrekning er ikke uvanlig hos pasienter med alvorlige spiseforstyrrelser (Skårderud, 2000). En av informantene påpekte at «*det handler om å få noe inn*», i arbeid med pasienter med anoreksi og aleksityme trekk. Moltu et al. (2010) fant at for å motvirke terapeutpassivitet i situasjoner hvor pasientene trakk seg emosjonelt tilbake, måtte terapeutene arbeide med seg selv for fortsatt å kunne være terapeutisk tilstede for pasienten. I terapeutenes fortellinger kan det tyde på at de gjennom MBT har fått noen redskaper som kan hjelpe dem i å løse vanskelige situasjoner på en konstruktiv og bevegende måte. Disse redskapene kan ligge i det å være mer aktiv overfor pasienten, samt det å ha fått språklige virkemidler som kan bidra til at dialogen, og derfor også alliansen ivaretas. Det kan bety at det å ha fått tilgang til et nytt begrepsapparat, sammen med en mer aktiv væremåte, kan fremme metakommunikasjon ved å bidra til å gjøre dialogen mer åpen og transparent. Gjennom metakommunikasjon undersøker terapeuten i samarbeid med pasienten det som utspilles i situasjonen, gjennom å samtale om samtalen. I forbindelse med negative terapeutprosesser, hevder J. L. Binder (1999) at evnen til å improvisere gjennom refleksjon med utgangspunkt i her og nå, kan være den viktigste egenskapen for terapeuter til å håndtere vanskelige situasjoner. Han hevder videre at den konsistente og effektive implementeringen av en slik strategi, forutsetter bred prosedural kunnskap, altså lang erfaring og stor kapasitet for metakommunikasjon.

I denne sammenhengen blir igjen terapeutenes erfaring interessant å ta med i betraktning. I tilnærmingen til nytt materiale påpeker Rønnestad og Skovholt (2013) at den erfarne terapeut gjør en skjønnsom vurdering av hvorvidt nye teoretiske og empirisk baserte konsepter sammenfaller med slik de allerede forstår sine klienter. Nye konsepter aksepteres bare dersom de meningsfullt utfyller dette bildet, og de spiller derfor en viktig, men sekundær rolle som en kilde til læring. Dette stemmer overens med funnene her, hvor informantene spontant henviste til den dynamiske grunnorienteringen, og hvordan de opplevde at MBT bygget på dette. Funnene pekte også i retning av at MBT kan oppleves som en praktisk og anvendelig brobygger mellom ulike hovedretninger i terapi, og derved danne grunnlag for bedre forståelse og et felles språk mellom terapeuter med ulik teoretisk forankring. Bateman og Fonagy (2012) foreslår selv mentalisering som en kjernepsykologisk prosess, og at MBT kan sees som en terapeutisk orientering hjemmehørende et sted mellom psykodynamisk og kognitiv terapi.

Konsekvenser for pasienten

Har det betydning for studien hvem terapeutene relaterer sine opplevelser til? Hvordan vi forstår spiseforstyrrelser er viktig i behandlingsøymed, og jo mer vi kan forstå, jo mer kan vi også hjelpe (Skårderud, 2000). Unge pasienter med alvorlige spiseforstyrrelser stiller terapeutene overfor spesielle utfordringer. Det skyldes ikke bare de psykiske helseplagene, men de skal samtidig separere seg fra sine omsorgspersoner, de har ofte en skjør selvopplevelse og vanskeligheter med å reflektere over egen og andres indre tilstander (P.-E. Binder, Holgersen & Høstmark Nielsen, 2008; Skårderud & Fonagy, 2012). Denne pasientgruppens kjennetegn gjør det utfordrende å etablere god allianse (Skårderud & Fonagy, 2012). I en studie som kartla terapeutkarakteristikker relevante for allianseutvikling, konkluderte forfatterne med at terapeutenes negative reaksjoner til klienter i terapi påvirker klientenes oppfatning av alliansen (Nissen-Lie, Havik, Høglend, Rønnestad & Monsen, 2014). Det innebærer at terapeuter bør være spesielt oppmerksomme på at deres egne negative opplevelser i terapi kan få konsekvenser for alliansen. Unge i opposisjon til autoriteter kan sees i sammenheng med det informantene rapporterte om at de nå kunne tre litt ut av ekspertrollen, være mer aktivt på søken sammen med pasienten og ikke den som alltid vet best. Det kan bety at alliansen påvirkes positivt. Man kan spekulere i om terapeutene i tillegg til å representere en sikker base for utforskning i tråd med konseptet til Bowlby (1988), og i

kombinasjon med en åpen og aktiv holdning, nå opplever å legge til rette for at pasientene kan gjøre seg nye relasjonelle erfaringer innenfor trygge, avmystifiserende rammer.

Spiseforstyrrelsen kan i seg selv gi pasienten en følelse av kontroll, og kan lett bli en opprettholdende faktor (Skårderud, Rosenvinge & Götestam, 2004). Det kan derfor være en synergieffekt dersom det er slik at denne måten å være terapeut på involverer mer av pasienten, og på denne måten gir vedkommende mer opplevelse av kontroll. Dette innebærer at autonomiutvikling og brukermedvirkning kan bli særlig aktualisert gjennom MBT, konkretisert også gjennom den felles utarbeidelsen av problemformulering som et spesifikt virkemiddel. Det er i denne sammenhengen også verdt å bemerke at flere av informantene rapporterte om mindre frafall i terapeutiske løp.

Perspektiver på teoretisk forankring

Kan det ha hatt betydning for resultatene at alle informantene hadde en psykodynamisk grunntilhørighet? Teoretisk orientering har betydning for forståelsen av komplekse kliniske fenomener, og gir tilhørighet til et felleskap av liketenkende. På den annen side kan det medføre begrensende perspektiver (Goldfried, 2001). Generelt ga informantene uttrykk for at de opplevde større anledning til å bruke mer av seg selv og sine naturlige tilbøyeligheter i væremåte, enn det de tidligere opplevde å ha kunnet innenfor den dynamiske tradisjonen. Nå fikk de rom til seg selv, egen aktive utforskning og til dels eksperimenterende væremåte i møte med pasientene. Det tradisjonelle ideal om den objektive terapeuten i psykodynamisk terapi, er tonet ned i moderne psykodynamisk og psykoanalytisk orientering. Årsaken er erkjennelsen av at man konstant og uunngåelig utveksler tegn som den andre reagerer på i sosial interaksjon (Eagle, 2001). I terapisammenheng må det hele tiden være en sensitiv justering etter hva relasjonen tåler, og et høyt nivå av terapeutens egne emosjonelle uttrykk og en terapeutstil for mye preget av impulsivitet er forbundet med negative terapiforløp (Castonguay, Boswell, Constantino, Goldfried & Hill, 2010). Dette stiller krav til terapeutens reguleringsevne. Det kan hende at informantene i denne studien alltid har gjort nettopp det, men at det nå er løftet mer inn i bevisstheten, og at deres opplevelser er et uttrykk for akkurat det.

Informantene tilkjenner at de trenger *mange* verktøy for å være fleksible og legge til rette for gode terapiløp, og det er i tråd med hva en rekke forskere har funnet når de undersøker

terapeuters modelltilhørighet (Wampold, 2001). Det er flere studier som viser at den vanligste måten terapeuter bedriver sin kliniske praksis, er å bruke en integrert eller eklektisk tilnærming til ulike teorier og metoder (Norcross, Karpiak & Lister, 2005; Norcross, Karpiak & Santoro, 2005). Informantenes opplevelser kan tolkes som et uttrykk for at de føyer seg inn i en voksende trend av teoretisk integrering⁹ som har pågått med styrke siden 1980-tallet (Goldfried, 2001). Denne bevegelsen har ifølge Goldfried (2001) lagt til rette for at terapeuter kan føle seg noe mindre bundet av sin opprinnelige teoretiske grunntilhørighet.

Innenfor MBT forsøker man å legge anbefalinger for behandling på bakgrunn av fellestrekk ved enkelte pasientgrupper. J. L. Binder (1999) påpeker at å lære manualbaserte teknikker ikke er en garanti for at de praktiseres slik de er tenkt. Noen studier konkluderer med at manualbruk er forbundet med dårligere allianse mellom terapeut og pasient (Henry, Strupp, Butler, Schacht & Binder, 1993), mens andre viser det motsatte (Addis & Krasnow, 2000). Man kan tenke seg at en terapitilnærming som foreskriver at terapeuten skal oppføre seg på en spesiell måte, kan føre til forstillelse av terapeutens naturlige væremåte og dermed forstyrre den autentiske formen. Wampold (2001) anbefaler at hovedfokuset ved opptrening av terapeuter bør ligge på de kjerneterapeutiske evnene som ivaretar og sikrer den gode alliansen. Det kan se ut som om terapeutenes opplevelser vitner om at MBT ivaretar elementer i dette, ved at dialogen styrkes på en spesielt god måte og på bakgrunn av terapeutenes rapporteringer om mindre frafall underveis.

Allen og medarbeidere beskriver mentalisering som en fellesfaktor (Allen et al., 2008). I en studie hvor man intervjuet terapeuters erfaringer fra arbeid med borderlineproblematikk og rus etter at terapeutene hadde lært MBT, fant man at terapeutene også oppfattet MBT som en terapiform som på noen punkter kan generaliseres (Øvrebø & Holgersen, 2012). Det gjaldt særlig tilknytningstenkningen, det å gi av seg selv, opplevelse av økt håp og den åpne, og utforskende holdningen. Dette sammenfaller med herværende studie, hvor flere av informantene i tillegg beskrev MBT som en respektfull og humanistisk tilnærming. Dette innebærer at informantene kanskje erfarer noen allmenngyldige elementer som gjelder for all terapi, som kan forstås i et kontekstuell lys og i samsvar med Allen et al. (2008).

⁹ Teoretisk integrering omfatter teknisk eklektisisme, teoretisk integrering og fellesfaktorer (Norcross & Goldfried, 1992).

Tiltro til metoden

Informantene var gjennomgående entusiastiske i sine beskrivelser av det å lære MBT. Etter å ha investert tid og ressurser i noe, er det også rimelig at det preger ens oppfatninger i bestemte retninger (Rosenthal, 1966). I utgangspunktet må det forventes at terapeutene vil attribuere de positive opplevelsene til MBT. Fenomenet er kjent som tiltro til metoden (*allegiance*), og kan beskrives som i hvilken grad terapeuten selv tror at metoden er virksom. I litteraturen er *allegiance* påvist som en sterk effekt, og har vist seg å forklare opptil 65 % av variansen i utfall (Luborsky et al., 1999; Messer & Wampold, 2002). Tendensen er påvist både hos terapeuter og hos forskere som undersøker komparative effekter (Luborsky et al., 1999; Wampold, 2001). Med stor tiltro går det altså bedre, og det vil prege måten man omtaler metoden (Wampold, 2001). Dette fenomenet forklares også av kognitiv dissonanst teori som et menneskelig behov for å være rimelig konsistent hvor atferd, meninger og holdninger innrettes overensstemmende (Festinger, 1957). Man kan ikke se bort fra at denne sammenhengen har hatt innvirkning på studien. Det er likevel verdt å nevne at informantene også ga nøkterne beskrivelser og var forbeholdne med å tilskrive endringer utelukkende til MBT. Derimot la flere av dem eksplisitt vekt på veiledning og egenterapi som det som særlig stimulerte utvikling.

Oppsummert kan resultatene informere oss om prosesser direkte relatert til MBT som tilnærming, om prosesser beskrevet i klassisk teori om personlig tilpasning i yrkeslivet og forskning fra terapeututviklingsfeltet. Ut fra sistnevnte kunne man forventet at terapeuter opplever seg mer på plass og mer genuine med økt erfaring, og derfor erfarer ny trygghet i terapeutrollen. Avgjørende er at den profesjonelle rollen må være kongruent med terapeutens koherente profesjonelle selv, og aspekter av det personlige selvet må integreres til et koherent profesjonelt selv (Rønnestad & Skovholt, 2013). I følge Holland (1996)'s teori om hvordan mennesker orienterer seg i yrkeslivet, er det en tendens til å trekkes mot arbeidsmiljøer som passer personligheten. Dette stemmer godt overens med informantene i denne studien som opplever seg tryggere og mer autentiske, og at rollen føles i samstemthet med dem selv. Samtidig rapporterte de om elementer som de opplevde hadde direkte sammenheng med opplæring i MBT. Særlig gjaldt det terminologien, den optimistiske og håpefulle holdningen og opplevelsen av en romsligere og friere terapeutrolle.

4.1.1 Refleksivitet og kritiske vurderinger

Når det gjelder selve forskningsprosessen, hviler psykologisk forskning alltid på noen premisser og kan derfor ikke være nøytral (Anderssen & Dundas, 2009). Forsøksvis kartlegging av noen av disse premissene stiller forskningsresultatene tilgjengelig for validitetsvurderinger. I hvilken grad er funnene gyldige? En måte å kartlegge premissene på er gjennom epistemologisk refleksivitet, det vil si refleksjoner forskeren gjør og implikasjonene av dette for funnene. Bevisstgjøring, refleksjon og åpenhet om forskerens bidrag, såkalt personlig refleksivitet, er en del av dette og en forutsetning for god kvalitativ forskning (Smith et al., 2009; Willig, 2008). Det handler om hvordan forskerens måter å være på, verdier, forhåndskunnskap, mål og ideer, kan virke inn på forskningen (Nightingale & Cromby, 1999). Å arbeide fram oppgaven har vært et selvstendig prosjekt hvor jeg har samlet og bearbeidet data alene. Intervjuguiden ble konstruert ut fra min forforståelse av MBT. En intervjuguide strukturerer rammene informantene gis anledning til å bevege seg innenfor, setter begrensninger for hva man kan få vite noe om og på hvilken måte. Alle informantene tok meg interessert i mot og flere ga uttrykk for at det var en fin opplevelse å bli intervjuet da temaene sjelden er gjenstand for refleksjon ellers. Det kan ha hatt betydning at det var en student som foretok intervjuene. Det kan også ha hatt betydning at utvalget besto av både medisinere og psykologer, og at ulik bakgrunn gjør at de kan oppleve terapeutrollen litt forskjellig. Språket er inngangsporten til å ta del i andres opplevelser. Informanter i en intervjusituasjon må velge mellom mange måter å beskrive sine opplevelser på, valg som får betydning for hvordan vi kan forstå deres meningsverden. Ordene gis ekstra lag av mening ved at jeg kan legge til en dimensjon av informantenes kroppsspråk, tonefall og andre kommunikasjonstegn, slik *jeg* opplevde dem. Samtidig er det viktig å være kritisk i prosessen for å minimere forventningseffekt, og jeg har forsøkt å være åpen for informantenes responser ut fra deres egne premisser. Jeg erfarte imidlertid at i analysearbeidet med hver ny informants bidrag, var det krevende å se bort fra foregående analyser som kunne farge ny informasjon. Det kunne antagelig vært en fordel om de enkelte informantenes bidrag ble analysert av ulike personer, nettopp for i størst mulig grad å sikre det ideografiske grunnlaget fortolkende fenomenologisk analyse er tuftet på (Hill et al., 2005). Validiteten er i det øvrige forsøkt ivarettatt ved å gi rimelig grad av transparens til prosessen og materialet, og ved å forsøke å skape interessante og nyttige funn med potensiell betydning (Yardley, 2008).

4.1.2 Implikasjoner

Kvalitative forskningsdesign søker å generere mening ved for eksempel å belyse et område slik at teknikker, begreper og teorier kan videreutvikles. Formålet med denne studien har ikke vært å etablere kausale sammenhenger, men å belyse hvordan terapeuter tenker og opplever sin kliniske hverdag. Dette kan danne grunnlag for teoriutvikling (J. L. Binder, 1999).

Funnene fra denne studien kan videre informere terapeututvikling og opplæring. Det er mangelfull kunnskap om hva som er den beste behandling av denne heterogene pasientpopulasjonen, og derfor er det prisverdig å forsøke å utstyre terapeuter med noen redskap for å imøtekomme dem på en bedre måte. Samtidig skyldes en betydelig andel av variansen i utfall av terapier terapeuten og forhold knyttet til denne (Kim et al., 2006). Selv om terapeuteffektens betydning for utfall er viktigere enn både teknikk og teoretisk retning, slår Rønnestad og Skovholt (2013) fast at metodene ikke er uviktige. Det er nettopp gjennom metoden terapeuten setter i spill sin evne til å danne helende relasjoner og legger til rette for nye korrigerende erfaringer. Nettopp derfor er det viktig å la seg informere av terapeuter om hvordan de erfarer bruk av nye metoder.

På bakgrunn av det store forskningsmaterialet som etter hvert foreligger om betydningen av allianse, påpeker (Horvath et al. (2011)) at allianseutvikling er en kapasitet terapeuter stadig bør arbeide med å raffinere. Informantene rapporterte at antallet pasienter som sluttet på eget initiativ virket lavere med denne tilnærmingen for denne pasientgruppen. Det er ikke usannsynlig at en årsak til dette er at MBT virker gunstig inn på forhold av betydning for alliansen. I materialet fremkom at en aktiv og åpen holdning ivaretar dialogen, og dette kan bidra til å fremme jevnbyrdighet mellom pasient og terapeut. Ved å ta hensyn til både metode og allianse, kan det samlet tilrettelegges for behandling som oppfyller kravet om evidensbasert praksis, går ut over minstestandarden og gir nytt håp i møte med pasienter som tradisjonelt har vært ansett som vanskelige å behandle. Forhåpentligvis kan dette prosjektet bidra informerende ved å oppleves klinikknært og relevant, og derfor ha potensiell overføringsverdi.

4.1.3 Konklusjon

Studien gir et kvalitativt bilde av seks erfarne terapeuters opplevelse av hvordan MBT påvirker dem i terapi med personer med alvorlige spiseforstyrrelser. Terapeutene relaterte ikke endringene utelukkende til MBT som metode, men i kombinasjon med øvrig erfaring, egenerapi og veiledning de har fått underveis. Resultatene kan oppsummeres langs to hovedspor: (1) en integrerende indre reise, som en indre opplevelse av *hvordan* det oppleves å være MBT-terapeut, og (2) perspektiver på den nye terapeutrollen som en utadrettet opplevelse av *hva* de opplever å gjøre annerledes nå. Samlet ga dette opphav til opplevelser av frihet og personlig aksept, og et mer optimistisk syn på å gi terapi til pasienter som stiller terapeuten overfor særlige utfordringer. Det innebar et rom for større grad av nysgjerrighet og mer enn tidligere kunne ta i bruk en større del av personlig repertoar uten at det oppleves å gå på kant med den terapeutiske rammen. En opplevelse av å være mer autentisk i terapeutrollen og derfor i relasjon til pasientene, kan tjene som et overordnet kjernebudskap over informantenes erfaringer.

Å benytte seg av MBT kan bidra til en opplevelse av mer frihet gjennom en aktiv holdning i terapeutrollen og potensielt berike det psykodynamiske terapifeltet med kreativitet.

Terapeutene opplevde å ha fått et større rom å bevege seg innenfor, de hadde fått et «Room to Roam». Samtidig er noen av funnene i overensstemmelse med annen forskningslitteratur om terapeututvikling og forskningen på fellesfaktorer. Funnene pekte også i retning av at MBT kan sees som en brobygger mellom ulike retninger i terapi fordi det adresserer grunnleggende menneskelige interaksjoner. Dermed kan det danne grunnlag for gjensidig forståelse og et felles språk mellom terapeuter med ulik teoretisk forankring.

Litteraturliste

- Ackerman, S. J., & Hilsenroth, M. J. (2003). A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clinical Psychology Review*, 23(1), 1-33. doi: 10.1016/S0272-7358(02)00146-0
- Addis, M. E., & Krasnow, A. D. (2000). A national survey of practicing psychologists' attitudes toward psychotherapy treatment manuals. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(2), 331-339. doi: 10.1037/0022-006X.68.2.331
- Allen, J. G. (2003). Mentalizing. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 67(2 Special Issue), 91-112.
- Allen, J. G., & Fonagy, P. (2006). *Handbook of Mentalization-Based treatment*. Chichester West Sussex: John Wiley & Sons Ltd.
- Allen, J. G., Fonagy, P., & Bateman, A. W. (2008). *Mentalizing in clinical practice*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Anderssen, N., & Dundas, I. (2009). Psykologisk forskning og fellesskap. I H. E. Nafstad & R. M. Blakar (Red.), *Fellesskap og individualisme* (s. 84). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Arnkoff, D. B., Glass, C. R., & Shapiro, S. J. (2002). Expectations and preferences. I J. C. Norcross (Red.), *Psychotherapy Relationships That Work: Therapists Contributions and Responsiveness to Patient* (s. 335-356). New York: Oxford University Press.
- Bandura, A. (1986). *Social Foundations of Thought and Action: A Social Cognitive Theory*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.
- Barrett, M. S., & Berman, J. S. (2001). Is psychotherapy more effective when therapists disclose information about themselves? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(4), 597-603. doi: 10.1037/0022-006X.69.4.597
- Bateman, A. W., & Fonagy, P. (1999). Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: A randomized controlled trial. *The American Journal of Psychiatry*, 156(10), 1563-1569.
- Bateman, A. W., & Fonagy, P. (2001). Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: An 18-month follow-up. *American Journal of Psychiatry* 158, 36-42.
- Bateman, A. W., & Fonagy, P. (2004a). Mentalization-Based Treatment of BPD. *Journal of Personality Disorders*, 18(1), 36-51.
- Bateman, A. W., & Fonagy, P. (2004b). *Psychotherapy for Borderline Personality Disorder: Mentalization-based treatment*. Oxford: Oxford University Press.
- Bateman, A. W., & Fonagy, P. (2012). *Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice* (Vol. 1). Washington, DC: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Billow, R. M. (2000). Self-disclosure and psychoanalytic meaning: A psychoanalytic fable. *Psychoanalytic Review* 87, 61-79.
- Binder, J. L. (1999). Issues in teaching and learning time-limited psychodynamic psychotherapy. *Clinical Psychology Review*, 19(6), 705-719. doi: 10.1016/S0272-7358(98)00078-6
- Binder, P.-E., Holgersen, H., & Høstmark Nielsen, G. (2008). Establishing a bond that works: A qualitative study of how psychotherapists make contact with adolescent patients. *European Journal of Psychotherapy & Counselling*, 10(1), 55-69. doi: 10.1080/13642530701869730
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16, 252-260.

- Bordin, E. S. (1983). A working alliance based model of supervision. *The Counseling Psychologist*, 11(1), 35-42.
- Bourke, M. E., & Grenyer, B. F. S. (2013). Therapists' accounts of psychotherapy process associated with treating patients with borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 27(6), 735-745.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: Parent-child attachment and healthy human development*. New York: Basic Books.
- Braun, D. L., Sunday, S. R., & Halimi, K. A. (1994). Psychiatric comorbidity in patients with eating disorders. *Psychological Medicine*, 24(4), 859-867.
- Castonguay, L. G., & Beutler, L. E. (2006). *Principles of therapeutic change that work*. New York: Oxford University Press.
- Castonguay, L. G., Boswell, J. F., Constantino, M. J., Goldfried, M. R., & Hill, C. E. (2010). Training implications of harmful effects of psychological treatments. *American Psychologist*, 65(1), 34-49. doi: 10.1037/a0017330
- Chang, J. (2011). An Interpretive Account of Counsellor Development. *Canadian Journal of Counselling and Psychotherapy*, 45(4), 406-428.
- Eagle, M. N. (2001). Reflections of a psychoanalytic therapist. I M. R. Goldfried (Red.), *How therapists change: Personal and professional reflections* (s. 343). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Eatough, V., & Smith, J. A. (2008). Interpretative phenomenological analysis. I C. Willig & W. Stainton Rogers (Red.), *The Sage Handbook of Qualitative Research in Psychology*. London: Sage.
- Egidius, H. (2000). *Psykologisk leksikon*. Oslo: Aschehoug.
- Ekeröth, K. (2005). *Psychological problems in adolescents and young women with eating disturbances*. (Doktorgradsavhandling), Göteborgs universitet, Göteborg. Lastet ned fra <http://hdl.handle.net/2077/178> (154)
- Fangen, K. (2013). Kvalitativ metode. Lastet fra <http://www.etikkom.no/FBIB/Introduksjon/Metoder-og-tilnarminger/Kvalitativ-metode/>.
- Festinger, L. (1957). *A theory of cognitive dissonance*. New York: Row, Peterson & Co.
- Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E., Symonds, D., & Horvath, A. O. (2012). How central is the alliance in psychotherapy? A multilevel longitudinal meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 59(1), 10-17. doi: 10.1037/a0025749
- Fonagy, P. (2004). *Attachment Theory and Psychoanalysis*. London: Karnac Books Ltd.
- Fonagy, P., Bateman, A. W., & Bateman, A. (2011). The widening scope of mentalizing: A discussion. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 84, 98-110.
- Fonagy, P., & Target, M. (1997). Attachment and reflective function: their role in self-organization. *Development and Psychopathology*, 9, 679-700.
- Gadamer, H. G. (1975/2004). *Truth and Method* (s. 637). Hentet fra <http://www.scribd.com/doc/15280211/HansGeorg-Gadamer-Truth-and-Method-082647697X-2005>
- Gelso, C. J., & Hayes, J. A. (2007). *Countertransference and the Therapist's Inner Experience: Perils and Possibilities*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Giddens, A. (1976). *New Rules of Sociological Method. A Positive Critique of Interpretative Sociologies*. London: Macmillan.
- Ginzberg, E. (1984). Career development. I D. Brown & L. Brooks (Red.), *Career choice and development*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Glaser, R., & Chi, M. T. H. (1988). Overview. I M. T. H. Chi, R. Glaser & M. J. Farr (Red.), *The nature of expertise* (s. xv-xxviii). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.

- Goldfried, M. R. (1980). Toward the delineation of therapeutic change principles. *American Psychologist*, 35, 991-999.
- Goldfried, M. R. (2001). Introduction: The evolution of therapists. I M. R. Goldfried (Red.), *How therapists change: Personal and professional reflections* (s. 3-16). Washington, DC, US.
- Goldfried, M. R. (2009). Searching for therapy change principles: Are we there yet? *Applied and Preventive Psychology*, 13(1-4), 32-34. doi: 10.1016/j.appsy.2009.10.013
- Gouldner, A. W. (1960). The Norm of Reciprocity: A Preliminary Statement. *American Sociological Review*, 25(2), 161-178.
- Hartmann, E. (2013a). Hva er virksomt i psykoterapi? Integrering av klinisk og forskningsbasert kunnskap. I K. Benum, E. Dalsgaard Axelsen & E. Hartmann (Red.), *God psykoterapi: Et integrativt perspektiv* (s. 21-49). Oslo: Pax Forlag AS.
- Hartmann, E. (2013b). Klienten som medterapeut. I K. Benum, E. Dalsgaard Axelsen & E. Hartmann (Red.), *God psykoterapi: Et integrativt perspektiv* (s. 269-290). Oslo: Pax Forlag.
- Henry, W. P., Schacht, T. E., & Strupp, H. H. (1990). Patient and therapist introject, interpersonal process, and differential psychotherapy outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58(6), 768-774. doi: 10.1037/0022-006X.58.6.768
- Henry, W. P., Strupp, H. H., Butler, S. F., Schacht, T. E., & Binder, J. L. (1993). Effects of training in time-limited dynamic psychotherapy: Changes in therapist behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(3), 434-440. doi: 10.1037/0022-006X.61.3.434
- Hill, C. E., & Knox, S. (2001). Self-disclosure. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38(4), 413-417. doi: 10.1037/0033-3204.38.4.413
- Hill, C. E., Knox, S., Thompson, B. J., Williams, E. N., Hess, S. A., & Ladany, N. (2005). Consensual qualitative research: An update. *Journal of Counseling Psychology*, 52(2), 196-205. doi: 10.1037/0022-0167.52.2.196
- Hogan, R. A. (1964). Issues and approaches in supervision. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 1, 139-141.
- Holland, J. L. (1959). A theory of vocational choice. *Journal of Counseling Psychology*, 6(1), 35-45. doi: 10.1037/h0040767
- Holland, J. L. (1996). Exploring careers with a typology: What we have learned and some new directions. *American Psychologist*, 51, 397-406. doi: 10.1037/0003-066X.51.4.397
- Holmes, J. (2006). Mentalizing from a psychoanalytic perspective: What's new? I J. G. Allen & P. Fonagy (Red.), *Handbook of Mentalization-Based Treatment* (s. 31-49). Chichester: John Wiley & Sons Ltd.
- Horvath, A. O., Del Re, A. C., Flückiger, C., & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy *Psychotherapy* 48(1), 9-16. doi: 10.1037/a0022186
- Jørgensen, C. R., Freund, C., Bøye, R., Jordet, H., Andersen, D., & Kjølbye, M. (2013). Outcome of mentalization-based and supportive psychotherapy in patients with borderline personality disorder: A randomized trial. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 127(4), 305-317. doi: 10.1111/j.1600-0447.2012.01923.x
- Karterud, S. (2008). Mentalisering. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 45(11), 1374-1375.
- Kaye, W. H., Bulik, C. M., Thornton, L., Barbarich, N., & Masters, K. (2004). Comorbidity of Anxiety Disorders With Anorexia and Bulimia Nervosa. *The American Journal of Psychiatry*, 161, 2215-2221. doi: 10.1176/appi.ajp.161.12.2215
- Kim, D. H., Wampold, B. E., & Bolt, D. M. (2006). Therapist effects in psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 16(02), 161-172.

- Knox, S., & Hill, C. E. (2003). Therapist Self-Disclosure: Research-Based Suggestions for Practitioners. *Journal of Clinical Psychology*, 59(5), 529–539. doi: 10.1002/jclp.10157
- Kvale, S. (2010). *Doing Interviews* (Vol. 3). SAGE Publications Ltd.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju* (Vol. 2). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Lambert, M. J. (1992). Psychotherapy outcome research: Implications for integrative and eclectic therapists. I J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Red.), *Handbook of psychotherapy integration* (s. 94-129). New York NY: Basic Books.
- Lambert, M. J. (2004). *Bergin and Garfields Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (5 utg.). New York: John Wiley & Sons Inc.
- Lambert, M. J., Baldwin, S. A., & Imel, Z. E. (2013). *Bergin and Garfields Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (6 utg.). Hoboken, New Jersey: John Wileys & Sons, Inc.
- Lent, R. W., & Brown, S. D. (2002). Social cognitive career theory and adult career development. A learning theory for career counselors. I S. G. Niles (Red.), *Career development: Concepts, issues and practices* (Vol. 3, s. 76–97). Columbus, OH: National Career Development Association.
- Lerner, R. M. (2002). *Concepts and Theories of Human Development* (Vol. 3). New York: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Levant, R. F. (2005). Report of the 2005 Presidential Task Force on Evidence-Based Practice. Lastet fra <http://www.apa.org/practice/resources/evidence/evidence-based-report.pdf>
- Luborsky, L., Crits-Christoph, P., McLellan, A. T., Woody, G., Piper, W., Liberman, B., Imber, S., & Pilkonis, P. (1986). Do therapists vary much in their success? Findings from four outcome studies. *American Journal of Orthopsychiatry*, 56(4), 501-512. doi: 10.1111/j.1939-0025.1986.tb03483.x
- Luborsky, L., Diguer, L., Seligman, D. A., Rosenthal, R., Krause, E. D., Johnson, S., Halperin, G., Bishop, M., Berman, J. S., & Schweizer, E. (1999). The Researcher's Own Therapy Allegiances: A “Wild Card” in Comparisons of Treatment Efficacy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 6, 95–106. doi: 10.1093/clipsy.6.1.95
- Madill, A., Jordan, A., & Shirley, C. (2000). Objectivity and reliability in qualitative analysis: Realist, contextualist and radical constructionist epistemologies. *British Journal of Psychology*, 91, 1-20.
- Maroda, K. J. (1991). *The Power of Countertransference*. Chichester: Wiley.
- Mayes, L. (2006). Arousal regulation, emotional flexibility, medial amygdala function, and the impact of early experience: comments on the paper of Lewis et al. (Vol. 1094, s. 178-192). *Ann NY Acad Sci*
- Messer, S. B., & Wampold, B. E. (2002). Let's Face Facts: Common Factors Are More Potent Than Specific Therapy Ingredients. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(1), 21–25. doi: 10.1093/clipsy.9.1.21
- Moltu, C., Binder, P.-E., & Høstmark Nielsen, G. (2010). Commitment under pressure: Experienced therapists' inner work during difficult therapeutic impasses. *Psychotherapy Research*, 20(3), 309-320. doi: 10.1080/10503300903470610
- Nightingale, D., & Cromby, J. (1999). *Social Constructionist Psychology: A Critical Analysis of Theory and Practice*. Buckingham: Open University Press.
- Nissen-Lie, H. A. (2012). Hva kjennetegner gode og mindre gode psykoterapeuter? Betydning av terapeutens selvforståelse for prosess og utfall av psykoterapi. *Nordic Journal of Child and Adolescent Psychotherapy* 2012(26), 70-81.
- Nissen-Lie, H. A., Havik, O. E., Høglend, P. A., Rønnestad, M. H., & Monsen, J. T. (2014). Patient and Therapist Perspectives on Alliance Development: Therapists' Practice

- Experiences as Predictors. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. doi: 10.1002/cpp.1891
- Norcross, J. C. (2011). Conclusions and Recommendations of the Interdivisional (APA Divisions 12 & 29) Task Force on Evidence-Based Therapy Relationships. Lastet fra <http://www.divisionofpsychotherapy.org/continuing-education/task-force-on-evidence-based-therapy-relationships/conclusions-of-the-task-force/>
- Norcross, J. C., & Goldfried, M. R. (1992). Handbook of psychotherapy integration. I J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Red.). New York: Basic Books.
- Norcross, J. C., Karpiak, C. P., & Lister, K. M. (2005). What's an Integrationist? A Study of Self-Identified Integrative and (Occasionally) Eclectic Psychologists. *Journal of Clinical Psychology*, 61(12), 1587–1594. doi: 10.1002/jclp.20203
- Norcross, J. C., Karpiak, C. P., & Santoro, S. O. (2005). Clinical psychologists across the years: The division of clinical psychology from 1960 to 2003. *Journal of Clinical Psychology*, 61(12), 1467–1483. doi: 10.1002/jclp.20135
- Norcross, J. C., & Lambert, M. J. (2011). Evidence-based therapy relationships. I J. C. Norcross (Red.), *Psychotherapy relationships that work* (Vol. 2, s. 3-21). New York: Oxford University Press.
- Norsk Psykologforening. (2007). Prinsipperklæring om evidensbasert psykologisk praksis. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 44(9), 1127-1128.
- Ogrodniczuk, J. S., Piper, W. E., & Joyce, A. S. (2011). Effect of alexithymia on the process and outcome of psychotherapy: A programmatic review. *Psychiatry Research*, 190(1), 43-48 doi: 10.1016/j.psychres.2010.04.026
- Osborn, M., & Smith, J. A. (1998). The personal experience of chronic benign lower back pain: an interpretative phenomenological analysis. *British Journal of Psychology*, 3, 65-83.
- Palmstierna, V., & Werbart, A. (2013). Successful psychotherapies with young adults: an explorative study of the participants' view. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 27(1), 21-40. doi: 10.1080/02668734.2012.760477
- Preti, A., de Girolamo, G., Vilagut, G., Alonso, J., de Graaf, R., Bruffaerts, R., Demyttenaere, K., Pinto-Meza, A., Haro, J. M., & Morosini, P. (2009). The epidemiology of eating disorders in six European countries: Results of the ESEMeD-WMH project. *Journal of Psychiatric Research*, 43(14), 1125–1132. doi: 10.1016/j.jpsychires.2009.04.003
- Prochaska, J., & Norcross, J. C. (2013). *Defining and Comparing the Psychotherapies An Integrative framework* (8 utg.): Cengage Learning.
- Rapport, F. (2005). Hermeneutic Phenomenology: The Science of Interpretation of Text. I I. Holloway (Red.), *Qualitative Research in Health Care* (s. 124-146). Maidenhead: Open University Press.
- Rosenthal, R. (1966). *Experimenter effects in behavioral research* East Norwalk, CT, US: Appleton-Century-Crofts.
- Rosenvinge, J. H., Martinussen, M., & Østensen, E. (2000). The comorbidity of eating disorders and personality disorders: A metaanalytic review of studies published between 1983 and 1998. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 5(2), 52-61. doi: 10.1007/BF03327480
- Rønnestad, M. H., & Skovholt, T. M. (2003). The journey of the counselor and therapist: Research findings and perspectives on professional development. *Journal of Career Development*, 31(1), 5–44. doi: 10.1177/089484530303000102
- Rønnestad, M. H., & Skovholt, T. M. (2013). *The developing practitioner. Growth and Stagnation of Therapists and Counselors*. East Sussex: Routledge.
- Safran, J. D., & Muran, J. C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance: A relational treatment guide*. New York, NY, US: Guilford Press.

- Savickas, M. L. (2005). The theory and practice of career construction. I S. D. Brown & R. W. Lent (Red.), *Career development and counseling: Putting theory and research to work* (s. 42–70). Hoboken, NJ: Wiley.
- Schauenburg, H., Buchheim, A., Beckh, K., Nolte, T., Brenk-Franz, K., Leichsenring, F., Strack, M., & Dinger, U. (2010). The influence of psychodynamically oriented therapists' attachment representations on outcome and alliance in inpatient psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 20(2), 193-202. doi: 10.1080/10503300903204043
- Schneirla, T. C. (1957). The concept of development in comparative psychology. I D. B. Harris (Red.), *The concept of development: An issue in the study of human behavior* (Vol. 78-108). Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Shavelson, R. J., Hubner, J. J., & Stanton, G. C. (1976). Self-concept: Validation of construct interpretations. *Review of Educational Research* 46, 407-441.
- Silverman, D. (2011). Theory and Method in Qualitative Research. I (Red.), *Interpreting Qualitative Data* (4 utg.). London: Sage.
- Skovholt, T. M., & Rønnestad, M. H. (1995). *The evolving professional self: Stages and themes in therapist and counselor development*. New York, NY: Wiley.
- Skårderud, F. (2000). *Sterk/Svak. Håndboken om Spiseforstyrrelser*. Oslo: Aschehoug.
- Skårderud, F., & Fonagy, P. (2012). Eating Disorders. I A. W. Bateman & P. Fonagy (Red.), *Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice* (s. 347-383). London: American Psychiatric Publishing.
- Skårderud, F., Rosenvinge, J. H., & Götestam, K. G. (2004). Spiseforstyrrelser – en oversikt. *Tidsskrift for Den norske legeforening* 124, 1938 – 1942.
- Smith, J. A., Flowers, P., & Larkin, M. (2009). *Interpretative Phenomenological Analysis* (Vol. 2). London: SAGE Publications Ltd.
- Smith, J. A., & Osborn, M. (2003). Interpretative phenomenological analysis. I J. A. Smith (Red.), *Qualitative Psychology: A Practical Guide to Methods*. London: Sage.
- Snyder, C. R., Michael, S. T., & Cheavens, J. S. (1999). Hope as a psychotherapeutic foundation of common factors, placebos, and expectancies. I M. A. Hubble, B. L. Duncan & S. D. Miller (Red.), *The heart and soul of change: What works in therapy* (Vol. xxiv, s. 462). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Spokane, A. R., Meir, E. I., & Catalano, M. (2000). Person–Environment Congruence and Holland's Theory: A Review and Reconsideration. *Journal of Vocational Behavior* 57(2), 137–187. doi: 10.1006/jvbe.2000.1771
- Super, D. E. (1994). A life span, life space perspective on convergence. I M. L. Savikas & R. W. Lent (Red.), *Convergence in career development theories: Implications for science and practice* (s. 63–74). Palo Alto CA: CPP.
- Sønderland, K. (2009). Helseforskningsloven. Lastet fra <http://www.etikkom.no/en/FBIB/Praktisk/Lover-og-retningslinjer/Helseforskningsloven/>
- von der Lippe, A. L., Monsen, J. T., Rønnestad, M. H., & Eilertsen, D. E. (2008). Treatment failure in psychotherapy: The pull of hostility. *Psychotherapy Research*, 18(4), 420-432. doi: 10.1080/10503300701810793
- Wampold, B. E. (2001). *The Great Psychotherapy Debate. Models, Methods and Findings*. Abingdon: Routledge.
- Williams, L. L., Fonagy, P., Target, M., Fearon, P., Sargent, J., Bleiberg, E., & McGregor, J. (2006). Training Psychiatry Residents in Mentalization-Based Therapy. I J. G. Allen & P. Fonagy (Red.), *Handbook of Mentalization-Based Treatment* (s. 223-231). Chichester West Sussex: John Wiley & Sons Ltd. .

- Willig, C. (2008). *Introducing Qualitative Research in Psychology* (Vol. Second Edition). London: Open University Press, McGraw Hill.
- Yalom, I. D. (2002). *The Gift of Therapy*. New York: Harper Perennial.
- Yardley, L. (2008). Demonstrating validity in qualitative psychology. I J. A. Smith (Red.), *Qualitative Psychology: A Practical Guide to Methods* (2 utg.). London: Sage.
- Øvrebø, M., & Holgersen, H. (2012). Terapeuters opplevelse av endring i praksis etter opplæring i mentaliseringsbasert terapi: En kvalitativ pilotstudie. *Matrix: Nordisk Tidsskrift for Psykoterapi*, 29(4), 343-370.

Vedlegg

Gry Arvnes
psykologstudent UiO
garvnes@gmail.com
Tel: 916 04 008

30. april 2013

Informasjon og forespørsel om deltagelse i studie ved psykologisk institutt, UiO

Formål: Utforske trente terapeuters erfaringer med mentaliseringsbasert terapi (MBT).

Kjære kollega,

Du er invitert til å delta i en kvalitativ studie som inngår i min hovedoppgave ved psykologisk institutt, Universitetet i Oslo. Veileder er psykolog og førsteamanuensis Hanne Weie Oddli, UiO, og gjøres i samarbeid med psykiater Finn Skårderud og psykolog Bente Sommerfeldt ved Regional avdeling for spiseforstyrrelser (RASP) og Institutt for mentalisering.

Hvorfor forske på dette?

Kunnskap om terapeuters opplevelse av betydningen av skolering i, og praktisering av MBT, er begrenset. Målet er å kartlegge terapeuters subjektive opplevelse av dette, da det kan belyse praktiseringen av MBT.

Hvem kan delta?

Psykologer eller psykiatere med gjennomført utdanning i MBT og som har praktisert MBT i minst 6 mnd., eller med minst 5 pasienter.

Hva jeg ønsker av deg som informant:

Er du villig til å delta, vil informasjonsinnhenting foregå gjennom et semistrukturert intervju på din arbeidsplass eller annet egnet sted. Varighet er inntil 1,5 time og det tas lydopptak av intervjuet. Temaene omhandler dine erfaringer som behandler etter opplæring i MBT, opplevelse av eventuell personlig utvikling og endring i pasientrelasjonen.

Hvilke valg har du?

Det er frivillig å delta. Du kan når som helst trekke deg uten å tilkjenne en grunn.

Hvordan vil informasjonen bli brukt?

Lydfilen transkriberes og avidentifiseres av meg, og lydfilen slettes når analysen er ferdig. Dataene brukes som grunnlag for min hovedoppgave med utgangspunkt i kvalitativ analyse. Som informant får du dersom du ønsker det, tilsendt det ferdige transkriberte intervjuet til gjennomlesning/godkjenning, og du vil også få tilsendt den ferdige hovedoppgaven dersom du ønsker det.

Vennligst ta kontakt med undertegnede dersom du kan tenke deg å dele dine viktige og unike erfaringer.

Med vennlig hilsen
Gry Arvnes

Gry Arvnes
psykologstudent UiO
garvnes@gmail.com
Tel: 916 04 008

30. april 2013

Samtykkeskjema

Tittel: (...) -En studie av erfarne psykoterapeuters opplevelse av endring med mentaliseringsbasert terapi

Inngår i en hovedoppgave ved psykologisk institutt UiO, ved Gry Arvnes

Formål: Utforske trente terapeuters erfaringer med mentaliseringsbasert terapi (MBT).

Jeg, (blokkbokstaver), samtykker i å delta i ovennevnte forskningsprosjekt, og er kjent med at jeg når som helst kan trekke meg uten å tilkjenne en grunn.

Jeg samtykker i å delta i et semistrukturert intervju som tas opp på lyd for deretter å transkriberes og min identitet aidentifiseres. Alle opplysninger behandles konfidensielt. Lydfilen slettes når tekstanalysen er ferdig. Jeg er kjent med hovedtemaene i intervjuet, og samtykker i å dele mine erfaringer med mentaliseringsbasert terapi.

Jeg er innforstått med at min identitet vil være skjult for alle med unntak av intervjueren. Prosjektet er meldt til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS og har REK-godkjenning (2009/2151a Mentaliseringsbasert terapi for spiseforstyrrelser).

Dato:

Signatur: _____

Semistrukturert intervjuguide

Tittel: (...) *-En studie av erfarne psykoterapeuters opplevelse av endring med mentaliseringsbasert terapi*

Inngår i hovedoppgave ved student Gry Arvnes, psykologisk institutt UiO

Retningslinjer for intervjuguiden:

Inklusjonskriterier:

- Psykologer eller psykiatere med opplæring i mentaliseringsbasert terapi (MBT)
- Praktisert MBT i minst 6 mnd eller med minst 5 pasienter

Gjennomføring:

På arbeidsstedet til informanten, eller annet egnet sted. Lydopptak forutsettes og informeres om på forhånd når avtale for intervju gjøres.

Beregnet tid:

Inntil 1,5 timer.

Bearbeiding av data:

Lydopptaket transkriberes etter vanlig praksis og så raskt som mulig etter gjennomført intervju. Kontekstuelle opplysninger som kan ha betydning for gjennomføringen og/eller tolkningen av dataene tas med i innledningen. Den kvalitative tekstanalysen foretas ved hjelp av egnet software, (Nvivo). All bearbeidet data aidentifiseres, og lydfiler slettes når transkriberingen er ferdig. Transkriberte datafiler slettes når oppgaven er ferdig.

Gjennomlesning:

Informanten gis adgang til å lese eget intervju etter transkribering, samt å få tilsendt ferdig hovedoppgave dersom informanten ønsker det.

Intervju start
Start lydopptak.
Tid og sted.

Intervjuet omhandler praktisk bruk av MBT og opplevelse av endring, til sammen 9 spørsmål.

Om praktisk bruk av MBT

1. Hvis du skulle si noe helt spontant nå i begynnelsen, hva ville du løftet frem din opplevelse og erfaring med å bruke MBT? (hvilken relevans har MBT for den vanskeligste pasienten du har nå?) (Eksempler på pasienter?/kasuistiske eksempler) (bruk gjerne spiseforstyrrelser som eksempler, men trenger ikke låses til det).
2. Kan du si noe om hvordan du opplever at MBT påvirker pasientarbeidet? Trekk gjerne frem noen eksempler. (Utdyping: opplevelse av virksomme elementer for endring, hva gjør du annerledes nå enn før, etc.).
3. På hvilken måte opplever du at du har hatt mest eller minst nytte av MBT?

Om opplevelse av endring hos terapeuten

4. Har opplæring i MBT endret noe i din tilnærming til måten å jobbe på? (Utdyping: endret noe i din opplevelse av hva som er virksomme elementer i terapi).
5. Kan du si noe om din opplevelse av pasienter har endret seg etter opplæring i MBT?
6. Kan du si noe om din opplevelse av arbeidsmiljøet har endret seg etter opplæring i MBT?
7. I hvilken grad vil du si du har endret deg personlig underveis i MBT opplæringen?
8. Opplever du at din erfaring med MBT har påvirket din identitet som terapeut? (Hvordan, eksempler?)
9. Har du andre betraktninger du vil ha med til slutt? (hva mangler i MBT-tradisjonen?)

Demografiske variabler

Alderskategori: 30-39 ☐ 40-49 ☐ 50-59 ☐ 60-69 ☐

Stilling:

Varighet klinisk erfaring generelt:

Formell opplæring i MBT:

Varighet klinisk erfaring med MBT:

Takk for din tid og innsats! (Gi kontaktinformasjon).

